Psychische Störungen, psychisches Wohlbefinden, Krankheitsverhalten bei italienischen Gastarbeiterfamilien

Marina Bascone

~~1983~~
1984

Diss
München

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546002_0008

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Hippius

Psychische Störungen, psychisches Wohlbefinden, Krankheitsverhalten bei italienischen Gastarbeiterfamilien

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Marina Bascone
aus
R o m

München 1983

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter : Dr. M.v. Cranach

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Hippius

Dekan: Prof. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 26. Juli 1984

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	VORWORT	S. 1
I.	EINLEITUNG	S. 3
I.1.	Historische Entwicklung	S. 3
I.2.	Emigration und Krankheit in der Literatur	S. 5
II.	EIGENE UNTERSUCHUNG	S. 21
II.1.	Zielsetzung der Arbeit	S. 21
II.2.	Beschreibung der Untersuchung	S. 22
II.3.	Beschreibung der Population	S. 22
II.4.1	Beschreibung des Stadtteils	S. 23
II.4.2	Ausländerarbeit im Stadtteil	S. 24
II.5.	Beschreibung der Interviewsituation	S. 27
II.6.	Erhebungsinstrumente	S. 29
II.7.	Ergebnisse	S. 32
II.7.1	Sozialfragebogen	S. 32
II.7.2	Sozialpsychiatrisches Interview	S. 47
II.7.3	Psychische Symptome in Relation zu sozialen Faktoren	S. 52
II.8.	Fallbeispiele	S. 62
III.	DISKUSSION	S. 75
III.1	Kritik an der Untersuchung	S. 95
IV.	ZUSAMMENFASSUNG	S. 97
V.	LITERATURVERZEICHNIS	S. 99
	ANHANG	

Man hat Arbeiter gerufen
und siehe da, es kamen
Menschen.

V O R W O R T

Als Italienerin in Deutschland wurde ich oft mit der Problematik der Gastarbeiter konfrontiert, so z.B. auf Ämtern oder in Krankenhäusern, wo ich zum Dolmetschen hinzugezogen wurde. Dabei stieß ich immer wieder auf Schwierigkeiten deutscher Ärzte/innen, die Probleme ausländischer Patienten umfassend zu verstehen. Daraus entstand der Wunsch, italienische Arbeiterfamilien besser kennenzulernen, etwas über ihr Verhältnis zum Leben im fremden Land und ihren Bindungen zum Herkunftsland zu erfahren, zu verstehen wie ihre Krankheiten ausgelöst werden und wie sie damit umgehen, sowie etwas vom Verhältnis zu sich selber, zu ihrem Körper und zur Krankheit zu begreifen. Ich fragte mich inwieweit Entwurzelung alleine schon ein krankmachender Faktor sein könne, sah Parallelen zu mir selber, ebenfalls entwurzelt, aber mit ganz anderen - priviligierten - sozialen und kulturellen Bedingungen. Oder waren für das Wohlbefinden hauptsächlich die Lebensbedingungen im Gastland, wie Wohnung, Arbeit, Diskriminierung, Isolierung etc. ausschlaggebend? Obwohl diese Frage letztlich von bisherigen Untersuchungen nicht beantwortet werden konnte und auch ich nicht erwarten konnte, eine Antwort zu finden, fand ich es reizvoll, eine deskriptive Studie durchzuführen, die mir selbst einen Einblick in die Problematik geben würde.

Ich danke Allen, die mir bei der Erstellung dieser Arbeit durch Anregung und Kritik behilflich waren. Besonders erwähnen möchte ich Herrn Dr. M. von Cranach und ihm danken für die freundliche und geduldige Betreuung; Herrn Dr. Eder vom Psychologischen Dienst für Ausländer und Padre Angelo vom CEDOM (Dokumentationszentrum für Ein- und Auswanderungsfragen).

Ich danke auch H. J. Schober für die Computerauswertung und ganz besonders meinem Mann für seine Unterstützung.

Weiterhin möchte ich mich bei den italienischen Familien ganz herzlich bedanken, die mir durch ihre Freundlichkeit und Offenheit eine angenehme und anregende Untersuchung ermöglicht haben.

I. E I N L E I T U N G

Z.Z. befinden sich etwa 4,5 Millionen Ausländer, entsprechend 7,24% der Gesamtbevölkerung, in der Bundesrepublik. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens werden zunehmend mit Problemen, die Gastarbeiter betreffen, konfrontiert, was sich auch im ansteigenden Krankenstand ausländischer Arbeitnehmer ausdrückt. Oft sind die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen durch mangelnde Kenntnisse bezüglich kulturelle Hintergründe, migrationsspezifischer Belastungsfaktoren und Krankheitsvorstellung erschwert. Es scheint daher wichtig, gesundheitliche Störungen von Gastarbeitern vor dem komplexen Hintergrund sozioökonomischer und kultureller Bedingungen zu erfassen. Aus diesem Grunde wird der Darstellung über psychisches und somatisches Wohlbefinden und Krankheitsverhalten ein theoretischer Abriß zu diesem Bereich vorangestellt.

I.1. HISTORISCHE ENTWICKLUNG

Die Ursachen der Anwerbung von Gastarbeitern sind im gesamtwirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Bereich angesiedelt. Die allgemeine Lage der westdeutschen Wirtschaft und Gesellschaft stand ab 1953 ganz im Zeichen der Wiederaufbauphase, die vom Neuaufbau der Industrieanlagen, der Ausdehnung der Produktion, besonders der Investitionsgüterproduktion und vom Nachholbedarf der Bevölkerung an Konsumgütern gekennzeichnet war.

Die systematische Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften wurde unterstützt von der Bundesregierung und fand ihren Anfang in der wirtschaftspolitischen Maßnahme, einen Vertrag mit Italien über die Anwerbung und Vermittlung von ausländischen Arbeitskräften zu schließen. Die Bundesanstalt für Arbeit richtete Dienststellen ein, die in Zusammenarbeit mit italienischen Behörden die Arbeitsvermittlung in die Bundesrepublik betrieben. Zu Anfang der Arbeitsmigration, beginnend mit dem Anwerbeabkommen im Dezember 1955, kamen die meisten italienischen Arbeitssuchenden im Rahmen dieser zweistaatlich organisierten Anwerbung in die Bundesrepublik, später überwog die private Initiative im Rahmen der EWG-Freizügigkeit. Das Ausmaß der Ausländerbeschäftigung nahm von 1959 bis 1960 sprunghaft zu. Die Zahl der ausländischen Arbeitskräfte verdoppelte sich ungefähr. In den folgenden Jahren nahm der Anteil der ausländischen Arbeitskräfte an den abhängig Beschäftigten jährlich etwa um ein halbes bis ein Prozent zu. Abgesehen von einem Rückgang zur Zeit der Rezession im Jahre 1967, in der der Ausländeranteil von 6,1 auf 4,7% zurückfiel, stieg er 1968 auf 5,1%, 1970 auf 9,0%, 1972 auf 10,5% und war bis 1980 wieder auf 7,24% gefallen. (BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT, JAHRESBERICHTE 1967, '69, '70, '74; TIP-THEMEN, IMPULSE, PROJEKTE - 1980)

I.2 EMIGRATION UND KRANKHEIT IN DER LITERATUR

Entwurzelung wurde schon in sehr frühen medizinischen Arbeiten als ein krankmachender Faktor erkannt. Die Schweizer sprachen von Heimwehkrankheit oder auch von Schweizer Krankheit, die Franzosen von maladie du pays, die medizinischen Schulen prägten dafür neue Bezeichnungen aus dem Griechischen und Lateinischen: Pothopatridalgia, Nostomania, Nostalgia. Schon 1688 schrieb JOHANNES HOFER in seiner "Dissertatio medica": "Heimweh, diese oft letale Krankheit, ist noch nicht von Ärzten beschrieben worden..... Diese Krankheit bevorzugt junge Männer, die im fremden Land leben, und unter jenen besonders solche, die zu Hause recht zurückgezogen lebten und sich kaum in Gesellschaft anderer begaben. Die Essenz dieser Krankheit zeigt sich in Traurigkeit, die Gedanken sind ständig auf die Heimat gerichtet, unruhiger Schlaf oder gar Schlaflosigkeit, stumpfes Gefühl, Gleichgültigkeit gegenüber Durst und Hunger, Angst, Herzklopfen, häufiges Seufzen. Diese Phänomene sind oft begleitet von chronischem oder intermittierendem Fieber. Da die Seele besetzt ist von einem einzigen Gedanken, werden die Lebensgeister ständig in einer einzigen Richtung bewegt und sind demzufolge faul im Bezug auf alle anderen Eindrücke. So fließen sie nicht in genügendem Ausmaß und mit genügend Kraft zu den Nerven, um die natürlichen Kräfte zu fördern. So fehlt der Appetit, oder die Speisen werden durch den Mangel an Nervensaft nicht genügend verdaut, was wiederum dazu führt, daß nicht genug Nervensaft produziert wird. Und dieser spärliche Nervensaft wird verbraucht durch die ständige Melancholie der Seele. So ermüden die Muskelbewegungen, der

Blutkreislauf ist verlangsamt, das Blut neigt oft zum Stocken. Durch die langsame Herzaktion und die schwache Gefäßerweiterung entsteht Ängstlichkeit. Außerdem kommt es zu schleichendem Fieber und zu Drüsenverstopfungen. Wenn dann die Lebensgeister erschöpft sind und jede Funktion geschwächt ist, so beschleunigt das Heimweh den Tod."
(zit. nach M. RISSO u. D. FRIGESSI CASTELNUOVO, 1982)
Die ersten statistischen Untersuchungen zur psychischen Morbidität von Ausländern stellte RAMNEY (1850) in New York an. Er beschränkte die Untersuchung auf Patienten, deren Psychose vor Ablauf eines Jahres in Amerika aufgetreten war. Dabei ging er von der Annahme aus, daß bei einem längeren Aufenthalt Umweltfaktoren für das Krankheitsgeschehen bestimmender sein könnten als endogene Faktoren. Bemerkenswerterweise traten bei seiner Untersuchung Manien häufiger auf als Depressionen.
1887 wiesen BANNISTER und HEKTOEN nach, daß bei Emigranten schwere psychische Erkrankungen gehäuft auftraten. Sie führten dies einerseits auf genetische Faktoren, zum anderen auf die spezielle Situation der Einwanderer zurück. "The foreigners mostly lead a harder life with more intemperance and less culture than the natives!" Die höhere Heilungsrate bei Ausländern führten sie entsprechend auf die stärkere situative Bedingtheit der Krankheit zurück.
Auch die beiden folgenden Autoren führen die höhere psychische Morbidität von Immigranten vorwiegend auf exogene Faktoren zurück:
1913 gibt WALDMAN folgende Gründe für die hohe Erkrankungshäufigkeit an: "change of environment, poverty and the hard struggle for life mean a lot, so that the insanity of immigrants does not necessarily mean a poor stock".

TREADWAY führt 1924 für den hohen Anteil Schizophrener den niedrigen Altersdurchschnitt und ebenfalls die besonderen Lebensbedingungen an: "... the stress of immigrant life (economic difficulties also) may actually cause mental disease in individuals with a predisposition to such diseases".

KRAEPELIN veröffentlicht 1921 einen Artikel zur Entwurzelungsproblematik, nicht durch Migration, sondern durch Auflösung des Zusammenhangs mit der vertrauten Umgebung verursacht. Er unterscheidet wesentlich zwischen zwei Formen der Entwurzelung: Eine erstere, durch äußere Faktoren wie z.B. Tod der Eltern verursachte, und eine zweite, durch persönliche Faktoren verursachte Entwurzelung, z.B. freiwillige Trennung von der Familie. Solche Selbstisolation betrachtet er als pathologische Form von Entwurzelung. Das städtische Familienleben sieht er dem Einfluß entwurzelnder Faktoren mehr ausgesetzt als das ländliche Milieu.

KRAEPELIN schließt seinen Artikel mit dem Satz: "Gerade die Frage der Entwurzelung ist daher neben so manchem anderem geeignet, uns Ausblicke auf die zukünftige Entwicklung einer Wissenschaft zu gewähren, die wir heute mehr ahnen als kennen: Auf eine soziale Psychiatrie." (KRAEPELIN, 1921)

Im Rahmen einer 1924 veröffentlichten Arbeit untersuchte MELSOM junge Einwanderer, alleinstehende Männer, die nur für kurze Zeit ausgewandert waren um Geld zu verdienen und sich keine dauerhafte Existenz aufbauen wollten, von den Voraussetzungen her also eine ähnliche Situation wie die von Gastarbeitern in der Bundesrepublik. Er fand

eine überwiegende Mehrheit von Schizophrenen und führte dies darauf zurück, daß in vielen Fällen ein schizoider Charakter oder eine beginnende Psychose beim Entschluß, auszuwandern, eine Rolle gespielt hatte. Einen weiteren verantwortlichen Faktor für den Ausbruch der Krankheit sah er im psychischen Streß des Immigrantendaseins.
Die erste methodisch gut fundierte Arbeit zu diesem Thema veröffentlichte ØDEGAARD 1932. Er verglich Norweger, die nach Amerika ausgewandert waren, mit Norwegern, die in ihrem Heimatland geblieben waren, und stellte fest, daß ein Zusammenhang zwischen Emigration und psychischer Erkrankung bestand: "a definite connection between emigration and insanity is established".
ØDEGAARD stellte zwei Arbeitshypothesen auf:

1) Der körperliche und geistige Stress des Emigrantenlebens löst bei Personen, die unter anderen Umständen gesund geblieben wären, eine psychische Erkrankung aus.
2) Prämorbide Struktur ist ein die Emigration begünstigernder Faktor; unter Emigranten befinden sich also bereits mehr psychisch auffällige als unter der Bevölkerung des jeweiligen Gast- oder Heimatlandes.

In Übereinstimmung mit den zuvor aufgeführten Autoren fand er eine Erkrankungshäufigkeit, die über einer vergleichbaren Bevölkerung in Norwegen lag. Er widerlegte die erste These mit dem Argument, daß die überwiegende Anzahl der schizophrenen Patienten bei Ausbruch der Krankheit bereits fünf Jahre oder länger in Amerika gewesen seien. Wäre der Stress des Emigrantendaseins verursachend oder zumindest auslösend gewesen, so hätte die Erkrankung seiner Meinung nach wesent-

lich früher in Erscheinung treten müssen. Bei der Aufarbeitung von 16 Krankengeschichten stellte sich heraus, daß fast alle schon im Heimatland psychisch auffällig gewesen waren, was für die zweite der beiden Thesen sprach. Lediglich in einem Fall sei die Familienanamnese unauffällig gewesen. Außerdem sei in beiden untersuchten Populationen das durchschnittliche Erkrankungsalter gleich gewesen, die Krankheitsbilder in Amerika glichen denen in Norwegen. Weder in der Symptomatologie noch in der Fremdanamnese fanden sich Hinweise auf einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Faktum Emigration.

Die zweite von ØDEGAARDS Thesen wird auch durch eine Arbeit von MEZEY (1960) gestützt, zumindest für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Er ist jedoch der Ansicht, daß bei affektiven Psychosen die durch die Umsiedlung entstandenen Belastungen eine große Rolle spielen.

MEZEY untersuchte ungarische Flüchtlinge in England, die zwischen 1957 und 1959 wegen einer psychiatrischen Erkrankung stationär aufgenommen worden waren. Für die Gruppe der Schizophrenen fand er, daß diese schon vor der Emigration in Ungarn auffälliges Verhalten gezeigt und das Milieu gewechselt hatten, und daß die meisten nicht aus politischen Gründen ausgewandert waren. Bei den affektiven Psychosen fanden sich jedoch Hinweise für eine reaktive Verursachung in der Anamnese.

MALZBERG und LEE veröffentlichten 1956 eine Untersuchung, die Erkrankungshäufigkeiten von Immigranten und einheimischer Bevölkerung in New York verglich. Des weiteren untersuchten sie die Häufigkeiten psychiatrischer Einweisungen bei "Migranten", Personen die im Heimat-

land häufig den Wohnsitz wechselten, und bei Nichtmigranten und stellten fest, daß die Einweisungsrate der Migranten in allen Diagnosegruppen höher lag als bei Nichtmigranten. Beim Vergleich von Immigranten zur einheimischen Bevölkerung fiel auf, daß in vielen Fällen eine Einweisung bald nach der Ankunft erfolgte, was MALZBERG und LEE jedoch im Gegensatz zu anderen Autoren auf das Vorbestehen der Krankheit vor der Auswanderung und nicht auf Stressfaktoren, die die Einwanderung und die Integration in ein neues Milieu begleiten, zurückführten. Obwohl sie durchschnittlich eine sehr viel frühere Erstmanifestation der Erkrankung im Einwanderungsland als ØDEGAARD fanden, stimmen sie mit ihm, wenn auch mit gegensätzlicher Argumentation, überein, daß der situativen Komponente am Ausbruch der Krankheit keine ursächliche Rolle zukommt. Sie schließen sich seiner These an, daß die prämorbide Struktur, die frühe unerkannte Phase einer Psychose, ein mitauslösendes Moment zum Entschluß, auszuwandern, gewesen sein könnte.

EITINGER veröffentlichte 1959 eine Arbeit, in der er Gefangene, Zwangsevakuierte, Deportierte und politisch Verfolgte, die zwischen 1940 und 1955 nach Schweden gekommen waren, untersuchte. Er fand eine fünfmal höhere Inzidenz an psychiatrischen Erkrankungen sowie einen Häufigkeitsgipfel innerhalb der ersten fünf Jahre. Seiner Ansicht nach ist bei dieser Gruppe die Theorie, daß prämorbide Persönlichkeitsstrukturen zur Auswanderung geführt haben, kaum anwendbar. Er beobachtete, daß im weiteren Krankheitsverlauf die belastende Immigrantensituation zurücktrat und die Krankheit ohne Bezug zur aktuellen Situation bestehen blieb.

Allen obengenannten Autoren, die sich mit psychischer Morbidität von Emigranten befaßten, ist gemeinsam, daß sie eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit gegenüber der Bevölkerung des Gastlandes und/oder der des Heimatlandes fanden.

Im Gegensatz dazu stellten spätere Untersuchungen, z.B. von HOLINGSHEAD und REDLICH (NEW HAVEN 1954), altersbereinigte Studien von MALZBERG und LEE sowie Untersuchungen aus Kanada (MURPHY 1961, 1965) die Behauptung, Einwanderer litten vermehrt unter psychischen Störungen, in Zweifel, da diese Arbeiten statistisch nicht genügend gesichert seien.

Während bei Flüchtlingen es eindeutig erkennbar ist, daß psychische Zusammenbrüche, z.B. Suizide und Depressionen, häufiger sind als bei regulären Auswanderern und bei der autochthonen Bevölkerung (MURPHY 1955, EITINGER 1958, PFISTER-AMMENDE 1961), sind die Ergebnisse bei den übrigen Migrationsformen offenbar widersprüchlich (neuere Arbeiten von MURPHY 1965, BERNER et. al. 1969, ØDEGAARD 1972)

Zusammenfassend lassen sich nach BÖKER (1977) zwei klassische Theorien bzw. drei Grundkonzepte für die Morbiditätsziffern bei Migranten aufstellen:

1) Die Theorie vom sozio-kulturellen Stress, den jeder Einwanderer, sei er auf Zeit oder für immer in ein sozio-kulturell neuartiges Milieu gekommen, durchleben müsse, gleichgültig, wie geartet seine Ausgangslage, seine Motive und Ziele sind. Dieses Konzept betont vor allem die mannigfachen Schwierigkeiten der Neuanpassung und neigt dazu, die Transplantation selbst, d.h. den Migrationsprozess als krankmachend oder zumindest als krankheitsauslösend anzusehen.

2) Die Selektionstheorie, welche von der Erwägung ausgeht, bestimmte aktive Formen sozialer Mobilität wie die Auswanderung seien durch Persönlichkeitseigenschaften der Immigranten stark determiniert. Es würden z.B. eher Personen mit präpsychotischen Zügen zum Aufbruch neigen als stabile Individuen. Die Umsiedlung wäre so etwas wie der Ausdruck eines "pathologischen Fluchtwunsches".

3) Das dritte Konzept nimmt an, es bestehe ein ätiologisch unwesentlicher Zusammenhang zwischen Migration und zahlreichen, für psychische Erkrankungen prädisponierenden oder auslösenden Faktoren. Beispielsweise könnten auch bei Gastarbeitern Faktoren wie Alter, Sozialschicht, Beruf oder Personenstand bzw. deren Interferenzen diesbezüglich bedeutungsvoller sein als Selektionsfaktoren oder der Acculturationsstress."

WEINBERG (1955), der in einer Reihe von Arbeiten seelische Gesundheit bei "Wanderern" untersuchte, versuchte zu erklären, warum ein Teil der Wanderer in hohem Maße seelische Störungen nach der Wanderung aufweisen, während andere relativ leicht über deren Folgen hinwegkommen. Einen wesentlichen Faktor hierfür sieht er in der Höhe des Aspirationsniveaus, welches die Wahrscheinlichkeit, Frustrationen zu erleiden, beeinflußt. Ein höherer Informationsgrad über das neue Land, würde zu einer besseren Vorbereitung auf den Wechsel führen. Nach seinen Angaben war es für die Erkrankungshäufigkeit nicht von Belang, ob die Einwanderer in ihrem alten Beruf bleiben können, sofern sie für den neuen Beruf ausreichend qualifiziert waren. Dagegen war es sowohl für die seelische Gesundheit als auch für die Integration in die neue Umgebung wichtig zu wissen, daß die Möglichkeit besteht, in die alte Heimat zurückzukehren.

JACO (1954) sah psychische Erkrankungen durch "prädisponierende" und "einleitende" Faktoren verursacht, wobei er soziale Faktoren zu den ersteren zählte, und so wie WEINBERG versuchte, Schizophrenie als ein durch soziale Isolation entstandenes Krankheitsbild zu erklären. Mit ökologischen Analysen und verschiedenen Operationalisierungen fand JACO, daß Gebiete mit hoher Isolation auch Gebiete mit hoher Schizophrenierate seien. Insgesamt stellt er in seiner Arbeit fest, daß geringe Interaktionshäufigkeit für die Entwicklung der Schizophrenie offenbar besonders günstig sei.

Auch EITINGER (1959) und HARE (1952) sahen in der Isolation wichtige ätiologische Komponenten psychischer Erkrankungen.

Für EITINGER (1959) bestimmen zwei psychodynamische Elemente das Bild der Krankheit: Isolation und Verunsicherungsgefühle. Isolation entsteht, wenn eine gewohnte Integration aufgegeben wird und das Individuum in ein fremdes Milieu versetzt wird. Hier wird es zusätzlich von einer Flut neuer Eindrücke überwältigt. Mangelnde Fähigkeit, die Einflüsse der Isolation und die fremden Eindrücke zu verkraften, führen schließlich zu einem Zusammenbruch der Persönlichkeit.

Auch HARE (1952) sieht die wesentliche Ursache in der sozialen Isolierung der Immigranten. Diese sei vor allem Folge sprachlicher Isolierung, der Wohnsituation und auch von Vorurteilen, welche den ausländischen Arbeitnehmer psychisch und auch de facto in ein Gettodasein zwingen. Seine soziale Situation weise insofern ganz ähnliche Bedingungen auf, wie sie politisch Verfolgte, Heimatvertriebene und Emigranten auf sich nehmen müssen.

In einer 1962 erschienenen Arbeit stellt PFLANZ die Hypothese auf, daß soziale Faktoren (Familie, Mobilität, soziale Klasse) nur insofern pathogen wirken, als sie mit sozialem Wechsel verbunden sind. Der entstehende Kontinuitätsverlust, Spannungen und Konflikte im Individuum, würden letztendlich zur Krankheitsentstehung beitragen.
Fünf Jahre später geben PFLANZ (1967) et. al. auf Grund einer Studie über funktionelle Beschwerden bei Griechischen Gastarbeitern fünf Hypothesen zu bedenken:

1) Der sozio-kulturelle Wandel ist belastend und führt dadurch zu Gesundheitsstörungen.
2) Die neue Situation ist protektiv und bringt dadurch eine Besserung vorher bestehender Gesundheitsstörungen mit sich.
3) Die neue Situation ist so belastend, daß Beschwerden nicht geäußert werden und psychosomatische Krankheiten nicht in Erscheinung treten können.
4) Die Gastarbeiter bringen ihre alte Umwelt mit. Sie haben daher keinen sozio-kulturellen Wandel mitgemacht und unterliegen deshalb auch keinen Anpassungsprozessen.
5) Nur solche Personen kommen in die neue Situation des Gastarbeiterlebens, die sich in verschiedener Hinsicht von den Daheimgebliebenen unterscheiden.

Die Autoren glaubten, ihre Befunde größtenteils durch die letztgenannte Selektionstheorie erklären zu können.

ZWINGMANN (1961) spricht von nostalgischer Reaktion und definiert diese folgendermaßen: Die Antwort des Einzelnen auf Veränderung und/ oder die Abstraktion davon (antizipierte Veränderung) durch eine symbolische Rückkehr zu oder Wiedereinsetzung von jenen Gestalten seines vergangenen Erlebnisraumes, die als höchst befriedigend empfunden worden waren.

Des weiteren prägt er den Terminus "nostalgische Illusion" als irrealistische Verklärung der Heimat. Die Symptome des "nostalgischen Syndroms" teilt er in zwei Kategorien ein:

1) Als psychische Symptome beschreibt er depressive Verstimmungen mit Verschweigen ihres nostalgischen Inhalts (speziell bei Männern), Hypersensitivität, Reizbarkeit und Aggressivität.
2) Als psychosomatische Symptome berichtet er besonders über Schlafstörungen und gastrointestinale Beschwerden. Auch das Ausklinken von schizophrenen und depressiven Psychosen durch nostalgische Reaktion hält er für wahrscheinlich.

Nach RIEDESSER (1975) bringt die soziokulturelle Entwurzelung eine Fülle von belastenden Konflikten durch Rollenkonfusionen und psychosoziale Desorientierung mit sich, die verstärkt werden durch das Erleiden der offenen und unterschwelligen Diffamierung des Ausländers... Die Art der Ausprägung, das Erscheinungsbild psychischer Störungen, wird durch die Kultur, in der sie entstehen, beeinflußt. Zu den spezifischen Reaktionsweisen und Verarbeitungsmodi von Süditalienern bzw. von Südeuropäern sei noch folgender Artikel von POECK (1962) angeführt:

Der Autor spricht von der Diskrepanz zwischen Verhalten und krankhaftem Erleben. Bei Süditalienern sind auch bei schwerer endogener Depression nicht die im nördlichen Europa üblichen Reaktionsweisen aufgetreten, die Patienten haben vielmehr weiterhin großen Wert auf ihre äußere Erscheinung gelegt und sich einer bewegten mimischen - und Gebärdensprache bedient, was auf uns, die wir eine straffere affektive Gebundenheit gewohnt sind, leicht übertrieben und affektiert wirkt. "Dabei ist zu berücksichtigen, daß beim Italiener schon außerhalb der Krankheit die gesprochene Rede durch lebhaftes Agieren illustriert wird. Je mehr er sich von uns nicht verstanden weiß, um so eher wird er versuchen, sich durch eine gesteigerte Expressivität deutlich zu machen."

LAFFRANCHINI (1965) kommt anhand einer Untersuchung an italienischen Patienten, die in den Jahren 1934 bis 1964 an der psychiatrischen Poliklinik Zürich untersucht worden waren, zu dem Schluß, daß besonders die reaktiven Störungen oft nichts anderes sind als Anpassungsschwierigkeiten verschiedester Art an die hiesigen Verhältnisse. Allerdings muß gesagt werden, daß sich die entsprechenden Störungen meistens schon auf labile, problematische Persönlichkeiten aufpfropfen. Außerdem stellen wir fest, daß viele unserer Krankheitsbilder einen Zusammenprall verraten zwischen der primitiven, oft magischen Welt gewisser Patienten, (vor allem Süditaliener) und den im Gastlande so grundverschiedenen Anschauungen.

Zuletzt sei noch der von RISSO und BÖKER (1964) beschriebene Verhexungswahn, die sog. "fattura", erwähnt. "Der Süden Italiens wird noch immer von Sitten und Vorstellungen einer magisch-archaischen Weltanschauung in Bann gehalten. Manifestationen des archaisch primitiven Erlebens sind Magie, Animismus, Aberglaube, Zauberei, mythisches Denken etc. Verschiedene Interpretationen, die zum Teil divergieren, zeigen, daß die magische Weltanschauung einer analytischen Klärung kaum zugänglich ist. Im Vergleich der magischen mit der rationalistischen Weltsicht der modernen Zeit, erweist sich die erstere nicht als Ausdruck unterentwickelter Denkformen, sondern als eine essentiell andersartige Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit. Magische Vorstellungen und Denkweisen gehören zum typischen Welterleben der süditalienischen Kranken und offenbaren sich nicht erst beim Ausbruch einer psychischen Störung. Sie durchdringen und umhüllen schon die prämorbide Welt dieser Menschen und sind nicht einfach Relikte einer merkwürdigen, archaischen Weltanschauung, für was sie in unserer rationalistisch aufgeklärten mitteleuropäischen Kultur gehalten werden mögen."

Es fällt auf, daß ausländische Arbeitnehmer die Aufmerksamkeit der Vertreter des Gesundheitswesens zunächst im psychiatrischen Bereich auf sich lenkten; man kann sich heute fragen, ob es nicht die kulturbedingte Symptomrepräsentation ist, die dazu beigetragen hat, ausländische Patienten dem Psychiater zuzuweisen.

Was Studien zu allgemeinen und speziellen Krankheiten der ausländischen Arbeitnehmer anbetrifft, so stellen KRÖGER et. al. (1981) in ihrer Arbeit über Krankheitsverhalten und Heilerwahl bei deutschen und türkischen Arbeitnehmer in der Bundesrepublik fest, daß "die Darstellung der allgemeinen Morbidität der ausländischen Arbeitnehmer in der Literatur eher durch Vermutungen als durch aussagekräftige Untersuchungsergebnisse gekennzeichnet ist. Epidemiologische Untersuchungen, die einen Vergleich der Morbidität mit derjenigen deutscher Arbeitnehmer ermöglichte, fehlen nach wie vor.

Einige wenige direkte Befragungen ausländischer Arbeiter (BINGEMER 1970, FUNKE 1974, AKPINAR 1977) zeigen im wesentlichen ein Symptombild, das von Erkrankungen der oberen Luftwege, Magen-Darm und Kreislaufbeschwerden bestimmt ist. Ohne daß genauere Begründungen gegeben werden, werden diese Symptome häufig dem psychosomatischen Symptomenkomplex zugeordnet. Berichte aus ärztlicher Praxis verweisen ebenfalls auf die Bedeutung des psychosomatischen Symptomenkreises. (MÜLLER 1975, QUAQUISCH u.a. 1978, SCHULDT 1979).

Bezüglich der Untersuchungen über Krankenstand und Arbeitsunfälle seien KRÖGER et al. weiter zitiert:

Auswertungen der Krankenstandsstatistiken der Ortskrankenkassen zeigen, daß bis 1970 der Krankenstand der Gesamtgruppe der ausländischen Arbeitnehmer deutlich unter dem der deutschen Arbeitnehmer lag, sich dann Anfang bis Mitte der 70er Jahre anglich und heute leicht über dem der deutschen Versicherten liegt. Diese Werte müssen jedoch weiter differenziert werden, da einmal die einzelnen Nationalitäten einen erheblich voneinander abweichenden Krankenstand aufweisen und

außerdem die Altersstruktur der ausländischen Arbeitnehmer sich stark von der deutscher Arbeitnehmer unterscheidet.

SCHMOLL hat die Krankenstandszahlen nach einer Stichprobe 1972 altersstandardisiert und kommt zu dem Ergebnis, daß ausländische Arbeitnehmer insgesamt gesehen häufiger krankgeschrieben werden, als auf Grund ihrer jüngeren Altersstruktur zu erwarten gewesen wäre, wobei diese Tendenz bei den Frauen noch deutlicher ist als bei den Männern. Nach Nationalitäten differenziert ergibt sich, daß Jugoslawen und Portugiesen erheblich weniger krankgeschrieben werden als nach ihrer Altersstruktur zu erwarten gewesen wäre, Italiener, Spanier, Griechen und Türken insgesamt dagegen häufiger als zu erwarten gewesen wäre (SCHMOLL 1973).

MCRAE weist allerdings darauf hin, daß die Repräsentativstatistik der AOK neben Arbeitern auch Angestellte erfaßt, die insgesamt eine niedrigere Erkrankungshäufigkeit haben. Diese Gruppe ist aber bei ausländischen Arbeitnehmern stark unterrepräsentiert*, so daß MCRAE, nach Bereinigung der Statistik, Ende der 70er Jahre einen im Verhältnis zu deutschen Arbeitern niedrigeren Krankenstand der ausländischen Arbeiter ausmacht (MCRAE 1980).

Es wäre allerdings falsch, vom Krankenstand auf die Erkrankungshäufigkeit zu schließen, da der Krankenstand nur etwas über das, durch ärztliche Krankschreibung legalisierte, Fernbleiben von der Arbeit aussagt. Der Krankenstand wird (außer von Krankheit) u.a.

---

* 92,3% der ausländischen Arbeitnehmer sind Arbeiter, 6,1% Angestellte und 1,5% Auszubildende (FORSCHUNGSBERICHT DER F.E. STIFTUNG, 1980)

beeinflußt vom Krankheitsverhalten des Betreffenden, der arbeitsrechtlichen und sozialen Situation des Arbeiters, der Kenntnis oder Unkenntnis über das deutsche Versicherungssystem, vom Arzt-Patient - Verhältnis, dem kulturell unterschiedlichen Krankheitsbegriff und einer Vielzahl von weiteren Faktoren sowohl auf der Patientenseite wie auf der Seite der Institutionen des sozialen und medizinischen Systems.

Die Unfallquote liegt bei Gastarbeitern erheblich über der der deutschen Arbeitnehmer, sie ist möglicherweise - genaue Zahlen liegen nicht vor - doppelt bis dreifach so hoch (MCRAE 1980).

Als Gründe dafür werden Schwierigkeiten bei der Umstellung von der handwerklich-manuellen Arbeit im Heimatland auf die Industriearbeit, körperliche und psychische Überlastung durch Akkord, Schichtarbeit und Überstunden, mangelnde Sprachkenntnis und Unkenntnis bzw. Nichtbeachtung der Arbeitsschutzvorschriften (PFRIEM 1980) genannt (AKPINAR 1977). Angst vor Entlassung führt zur Weiterarbeit auch bei Krankheit, was in einer wirtschaftlichen Depression dazu führt, daß kleinere Arbeitsunfälle nicht gemeldet werden, die Zahl der schweren Arbeitsunfälle jedoch ansteigt (SCHMOLL 1973 a).

Mit längerem Aufenthalt in der Bundesrepublik nimmt die Unfallquote langsam ab. Eine Angleichung an die Quote deutscher Arbeitnehmer ist jedoch wegen der unterschiedlichen Arbeitsplätze nicht zu erwarten: "Unter Berücksichtigung gleichartiger Bezugsgrößen, zum Beispiel im Hinblick auf Vorbildung, Art der Tätigkeit, Betriebszugehörigkeit, würde ein Vergleich der Unfallquoten deutscher und ausländischer Arbeitnehmer wahrscheinlich ergeben, daß nur unwesentliche Abweichungen vorliegen". (MEHRLÄNDER 1969, zit. bei MCRAE 1980).

II. E I G E N E U N T E R S U C H U N G

II.1 ZIELSETZUNG DER ARBEIT

In der psychiatrischen Literatur liegen bereits, wie oben angegeben, eine Reihe von Arbeiten über die psychiatrische Morbidität von Emigranten und Gastarbeitern vor, zum überwiegenden Teil jedoch Untersuchungen an bereits erkrankten Populationen. Mit der vorliegenden Studie soll der Versuch unternommen werden, die Befindlichkeit von Gastarbeitern in Abhängigkeit von verschiedenen sie bedingenden Faktoren zu sehen.

Die Ergebnisse sollen mit anderen Untersuchungen verglichen werden. Es handelt sich hier um eine deskriptive Studie über das psychische Befinden und über das Krankheitsverhalten italienischer Familien in der Bundesrepublik, die Anlaß geben soll, Hypothesen zu generieren, die eventuell in nachfolgenden Arbeiten mit größerer Population und umfangreicherem Zahlenmaterial bestätigt werden können.

II.2 BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNG

Insgesamt wurden 61 italienische Arbeitnehmer/innen, die im Münchner Stadtteil Haidhausen wohnten, anhand von zwei semistandardisierten Fragebögen interviewt. Da von offizieller Seite nur die Gesamtzahl, aber keine Adressenliste der italienischen Einwohner des Stadtteils Haidhausen vorlag, mußte erst eine solche erstellt werden. Ausgehend von einer veralteten Adressenliste vom Sozialbüro für Italiener des Caritas-Verbandes wurde versucht, durch Befragung der Bewohner in jedem Gebäude eine Liste aller dort wohnhaften italienischen Familien aufzustellen, um so ein möglichst repräsentatives Bild zu erhalten. Die Untersuchung wurde dann auf einen kleinen Unterbezirk (Metzstraße, Rosenheimerstraße, Sedanstraße, Pariserstraße und Weißenburgerstraße), wo sich die größte Dichte an italienischen Familien ergeben hatte, begrenzt.

II.3 BESCHREIBUNG DER POPULATION

Zur Studie herangezogen wurden alle erreichbaren Arbeitnehmer aus Süditalien, die mit ihren Familien bereits länger als ein Jahr in Deutschland waren und in einem Arbeitsverhältnis standen, auch die, die zur Zeit des Interviews arbeitslos, krankgeschrieben oder berentet waren. Nicht mit einbezogen wurden Alleinlebende, Freiberufliche, Auszubildende und Hausfrauen. Es handelt sich hier also nicht um Patienten oder Klienten einer sozialen oder psychologischen Einrichtung, sondern um die annähernd vollständige Population italienischer Arbeitnehmer eines eng umgrenzten Wohnbezirkes.

II.4 BESCHREIBUNG DES STADTTEILS

II.4.1 In Haidhausen, am südöstlichen Rande von Münchens Innenstadt gelegen, waren seit jeher die unteren sozialen Schichten vorherrschend. Die Industrialisierung führte Ende des letzten Jahrhunderts zu einer dichten Bebauung des Stadtteils. In den Hinterhöfen entstanden verschiedenartige Gewerbebetriebe; noch heute fällt die hohe Einflechtung von Arbeitsplätzen bei hoher Einwohnerdichte auf. Bis vor einigen Jahren stellte Haidhausen einen ziemlich eigenständigen, in sich geschlossenen und teilweise unabhängigen Lebensraum mit vielen kleinen Läden und gewachsener sozialer Infrastruktur dar. Obwohl die Gesamteinwohnerzahl Haidhausens von 41.000 1970 auf 36.000 1980 fiel, stieg die Zahl der Ausländer erheblich von 5824 (14%) über 9020 (24%) 1975 auf 9483 (26%) (HEDEMANN et al. 1981). Teilweise mag das daran gelegen haben, daß die ausländischen Arbeitnehmer größtenteils ländlicher Herkunft sind und hier ihre Kommunikationsform, durch Nähe und häufigen Kontakt bestimmt, noch am ehesten beibehalten konnten. Der Ausländeranteil liegt 9% über dem der gesamten Stadt. 7,4% der Gesamtbevölkerung sind Jugoslawen, 5,6% sind Türken, 3,0% sind Italiener, 2,8% Griechen, 2,0% Österreicher, 2% Spanier und 3,6% sonstige Ausländer. (STATISTISCHES AMT DER LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, 1981)
Die Altersstruktur der Bevölkerung unterscheidet sich nicht wesentlich vom Gesamtdurchschnitt der Stadt, jedoch liegt der Anteil der Sozialempfänger mit 4,98% im Vergleich zu 2,15% wesentlich höher, auch der Prozentsatz an Rentnerhaushalten (22,9%) und an Wohngeld-

empfängern (7,14%) übersteigt die Werte der Gesamtstadt (16,7% bzw. 5,69%). Das Nettoeinkommen fast 70% aller Haushalte liegt unter 1200 DM und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. 31,7% der Bewohner leben in Haushalten mit Einkommen unter 800 DM, für 53,6% liegt das Haushaltseinkommen zwischen 800 und 1500 DM (1979) (MACIEJ 1980).

85% der Gebäude Haidhausens stammen aus der Zeit vor dem ersten Weltkrieg. 1980 hatten 7% der Wohnungen keine Küche, 57% kein fließend Warmwasser und 46% kein Bad. (ebenda)

1976 wurde Haidhausen zum Sanierungsgebiet erklärt. In den Altbauten, wo verhältnismäßig niedrige Mieten gezahlt wurden, entstehen teure Wohnungen und Appartements, Arztpraxen, Anwaltskanzleien etc. Die Bewohner können diese oft um mehrere 100% gestiegenen Mietkosten nicht mehr tragen und sind zum Wegzug gezwungen. Der oben geschilderte dörfliche Zusammenhang geht verloren.

II.4.2 Die hohe Anzahl ausländischer Bewohner und deren Probleme haben zum Entstehen mehrerer INITIATIVGRUPPEN und ORGANISATIONEN geführt, deren gemeinsames Ziel es ist, stadtteilbezogene Ausländerarbeit zur Verbesserung der Lebensbedingungen in Haidhausen zu planen und durchzuführen.

Die Bezirksstelle des Caritas-Verbandes am Wolfgangsplatz 9 befaßt sich hauptsächlich mit Einzelberatungen in Rechts- und Sozialfragen für jugoslawische und italienische Gastarbeiter.

Auch der Kriseninterventionsdienst Haidhausen (KID), eine der Bayerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie angeschlossene Initiativgruppe für psychosoziale Beratung, hatte einen Beratungsabend den ausländischen Bewohnern Haidhausens gewidmet. Die türkische und die italienische Mitarbeiterin wurden dort hauptsächlich mit miet- und arbeitsrechtlichen Problemen konfrontiert, sehr selten wurden psychologische Probleme an sie herangetragen.

Die Koordination der verschiedenen Organisationen wird vom Arbeitskreis für Ausländerfragen Haidhausen (AKA) durchgeführt. Der Arbeitskreis stellt einen Zusammenschluß der Pfarrgemeinden Haidhausens, des Griechischen Zentrums, des Türkischen Frauenbundes, der evangelischen Dekanatsbeauftragten, der Projektgruppe des Deutschen Jugendinstituts, der Landesbezirksstelle, des Kriseninterventionsdienstes und der Inneren Mission dar. Sowohl die Pfarrgemeinden als auch die aufgeführten Organisationen wählen jeweils einen Delegierten in den Vorstand des Arbeitskreises. Die Finanzierung erfolgt mit öffentlichen und kirchlichen Mitteln. Außer der Koordinationsarbeit bietet der AKA verschiedene Aktivitäten für ausländische Kinder und Jugendliche an: Kinderladen, Hausaufgabenhilfe, Sprachkurse, Theater- und Rollenspiele sowie Fußball. Einmal pro Woche wird eine Rechts- und Sozialberatung durchgeführt, für die eine türkische Dolmetscherin zur Verfügung steht. Eine türkische Sozialberaterin der Arbeiterwohlfahrt hat 20 Wochenstunden für den Stadtteil Haidhausen zur Verfügung, Schwerpunkt ist hier Familienberatung und Erwachsenenbildung mit türkischen Eltern.

Die Mieterinitiative Haidhausen, für alle betroffenen Einwohner Haidhausens konzipiert, hat sich in den letzten Jahren sehr intensiv mit der Problematik der Ausländer beschäftigt, da diese am stärksten von Sanierung, Wohnungskündigung und Mietpreiserhöhung betroffen sind. Zum Teil werden die Mitarbeiter auch mit sozialen und psychischen Problemen konfrontiert, die im Zusammenhang mit der Wohnproblematik stehen.

Der Projektladen "Ausländerarbeit Haidhausen", entstanden aus einem Seminar an der katholischen Stiftungsfachhochschule für Sozialarbeit, führt Deutschkurse durch, bietet Lernhilfegruppen für türkische Mädchen an, organisiert Veranstaltungen für alle Bewohner des Stadtteils und versucht, durch Gespräche und Informationsaustausch (Dia- und Filmabende) gegenseitige Vorurteile abzubauen. Einen Vormittag pro Woche stehen die Mitarbeiter für allgemeine Informationen den Stadtteilbewohnern zur Verfügung. Träger ist der Verein für internationale Jugendarbeit.

1980 entstand das Internationale Jugendzentrum Haidhausen, seit langem im Koordinierungsgremium für Ausländerfragen des Deutschen Jugendinstitutes als Integrationshilfe für die "zweite Gastarbeitergeneration" geplant und gefördert. Träger dieses Zentrums ist der AKA (s.o.), die Innere Mission und die Arbeiterwohlfahrt e.V. Mitarbeiter sind auch hier Sozialarbeiterpraktikanten und Freiwillige verschiedener Nationalitäten. Das Programm von 1981 beinhaltete verschiedene Sprachkurse (Deutsch, Griechisch, Türkisch, Englisch), Hausaufgabenhilfe, Jugendberatung, Buchausleihe (griechische, türkische, italienische und deutsche Bücher), Mädchengruppen, offener Jugendtreff sowie Disco- und Filmabende.

Der Begegnung und dem Informationsaustausch zwischen deutschen und ausländischen Jugendlichen dient auch das Volkskulturzentrum in der Breisacherstraße. Dort finden Diskussionen und Vorträge über die politische, soziale und ökonomische Entwicklung in den Herkunftsländern statt. Außerdem werden Volkstanzgruppen und -chöre sowie Theatergruppen organisiert.
Eine Aufstellung aller ausländischen Organisationen, freien Verbänden und Initiativgruppen, die sich im Raum München mit den Problemen der ausländischen Bevölkerung beschäftigen, befindet sich in der Veröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts: "Bestandsaufnahme der Ausländerarbeit in München (1978).

II.5 BESCHREIBUNG DER INTERVIEWSITUATION

Das Interview fand in der jeweiligen Wohnung der Befragten statt. Da nach meinen Erfahrungen mit italienischen Landsleuten ein persönlicher Erstkontakt für die positive Einstellung zum Interview wichtig schien, beschloß ich, die Familien ohne schriftliche Vorankündigung zu besuchen. Nur in drei Fällen kam ein Kontakt von vornherein nicht zustande, zweimal wurde die Absage durch die verschlossene Türe gerufen, einmal wurde von Kindern geöffnet, die nach Rücksprache mit ihren offensichtlich anwesenden Eltern ein Gespräch ablehnten. In allen anderen Fällen war die Reaktion positiv, das zum Teil vorhandene anfängliche Mißtrauen und die Verunsicherung schwanden in kurzer Zeit, die Befragten zeigten sich dann gastfreundlich und zum Interview bereit.

Bemerkenswert war die unterschiedliche Reaktion von Männern und Frauen. Gleichermaßen gastfreundlich, waren erstere im Interview jedoch eher ablehnend und verschlossen. Eher als die persönlichen Fragen des Interviews zu beantworten, waren sie daran interessiert, Ratschläge und Hilfestellung im sozialen und medizinischen Bereich zu erhalten (Wohngeld, Kindergeld, Mietfragen, Fragen zu körperlichen Beschwerden). Die Frauen dagegen zeigten sich offen und gesprächsbereit und schienen sich über das ihnen entgegengebrachte Interesse zu freuen. Sie beantworteten die Fragen bereitwillig und erzählten ausführlich über sich und ihre Probleme. Sie schienen sehr daran interessiert zu sein, persönlichen Kontakt aufzunehmen.

Das Interview fand in Anwesenheit der Familienangehörigen statt, einschließlich der Kinder, was die Befragten keineswegs einzuschränken schien. Der Hinweis, das Gespräch auch unter vier Augen führen zu können, stieß auf Verständnislosigkeit. Nur in 5 von 61 Fällen gaben sie (ausschließlich Frauen) zu verstehen, lieber in Abwesenheit ihrer Männer weitersprechen zu wollen; meistens waren Eheprobleme der Grund.

II.6 ERHEBUNGSINSTRUMENTE

Zur Untersuchung wurden zwei Fragebögen herangezogen (siehe Anhang):

II.6.1 Das standardisierte psychiatrische Interview (SPI) von GOLDBERG et al. (LONDON 1970)* ist ein semistandardisierter Fragebogen, der für den Gebrauch in der Allgemeinbevölkerung konzipiert ist und auch im deutschsprachigen Raum in mehrere epidemiologischen Studien angewendet worden ist. (ZINTL-WIEGAND et al., 1978; DILLING WEYERER et al., 1978)

Die Fragen konzentrieren sich auf neurotische und psychosomatische Störungen. Im ersten Teil wird nach 10 "subjektiven Symptomen" gefragt (körperliche Symptome, Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Mangel an Konzentration, Depression, Angst, Phobien, Zwangsymptome und Depersonalisation), deren Beurteilung ausschließlich auf den Mitteilungen der Patienten über Frequenz, Dauer und Intensität der Beschwerden während den vergangenen sechs Monaten beruht.

Die Beurteilung erfolgt nach einer 5-Punkte-Skala: ist das Symptom nicht vorhanden, lautet die Beurteilung '0', ist es in minimalem Grade vorhanden oder stellt es einen Charakterzug dar, der keine deutliche Bedrängnis verursacht, wird mit '1' beurteilt. Symptome in pathologischem Ausmaß erhalten die Beurteilung '2', '3' oder '4', je nach Schweregrad der Symptomatik. Differenziert wird folgendermaßen:

---

* angewendet wurde hier die italienische Fassung des Fragebogens, eine Übersetzung der Psychiatrischen Klinik der Universität Padua (CATTEDRA DI PSICOLOGIA MEDICA, INSTITUTO DI CLINICA PSICHIATRICA DI VERONA, UNIVERSITÁ DI PADOVA, VERONA 1975)

'2': Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat nur gelegentlich auf

'3': Symptom mit starker Bedrängnis trat selten auf, oder
Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat häufig auf

'4': Symptom mit starker Bedrängnis trat häufig auf.

Im zweiten Teil werden während des Interviews bemerkte Auffälligkeiten des Verhaltens, der Stimmung, der Wahrnehmung und des Denkens wiederum auf 5-stufigen Skalen eingeschätzt: die Items 'langsam', 'abwehrend', 'demonstrativ', 'depressiv', 'ängstlich', 'gehoben', 'affektiv verflacht', 'Wahn', 'Halluzinationen' und 'gestörte Intelligenz', werden je nach Ausprägung mit 0 bis 4 Punkte bewertet. Als zusätzliche Möglichkeit zur Fallidentifikation wird ein Summenscore gebildet, wobei subjektive Symptome einfach, bemerkte Auffälligkeiten doppelt gewichtet werden.*

Wie im 'Leitfaden für den Gebrauch des SPI'* betont wird, soll dieser Fragebogen von geschulten Psychiater angewandt werden. In diesem Fall ging der Datenerhebung eine Schulung im Gebrauch des SPIs voraus. Anhand von Videoaufnahmen wurde die Durchführung des Interviews studiert und zusammen mit in der Anwendung vom SPI erfahrenen Psychiater beurteilt. Später wurden nach erfolgter getrennter Beurteilung die 'ratings' miteinander verglichen und diskutiert. Als ein Vergleich der 'ratings' eine ausreichend genaue Übereinstimmung ergab, konnte die selbstständige Datenerhebung anfangen.

---

* Genaue Definitionen und Anweisungen für den Gebrauch des SPIs sind im "Manual for the General Practice Research Unit's standardized Psychiatric Interview" enthalten. (2nd Edition INSTITUTE OF PSYCHIATRY, LONDON 1970)

II.6.2 Der Sozialfragebogen enthält neben soziodemographischen Daten über Alter, Geschlecht, Herkunft, Schul- und Berufsausbildung auch für die Gastarbeiter spezifische Fragen nach: Aufenthaltsdauer, Berufsausübung und Arbeitswechsel in der Bundesrepublik; Bedingungen der Auswanderung (Gründe für die Auswanderung und die Wahl des Auswanderungslandes, Ausreise mit oder ohne Familie, Art der Hilfe bei Arbeits- und Wohnungssuche); Beziehung zum Heimatort und Rückkehrwünsche bzw. -pläne; Nettoeinkommen und Anzahl der Personen im Haushalt, Ersparnisse; Deutschkenntnisse; Fragen nach den in der Bundesrepublik lebenden Kindern und den Grad ihrer Integrierung (Schulbildung, Sprachkenntnisse bzw. bevorzugte Sprache und psychische Probleme der Kinder); Sozialbeziehungen und Freizeitverhalten; ferner wurde genauer auf das Krankheitsverhalten eingegangen mit Fragen nach der Art, Schwere und Häufigkeit körperlicher Beschwerden und Krankheiten, nach dem Krankenstand, Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte bezogen auf das letzte halbe Jahr und nach der Wahl des Hausarztes. Zusätzlich wurden einige Eindrücke und Informationen festgehalten über das Verhalten während dem Besuch, zur Wohnsituation sowie über einige spezifische Probleme, die vielen gemeinsam sind, von den Fragebögen aber nicht erfaßt wurden. Ferner wurde zu jedem der Befragten eine kurze Schilderung seiner Situation und Problematik aufgeschrieben.

II.7 ERGEBNISSE

II.7.1 Sozialfragebogen

Geschlecht

Von den 441 in Haidhausen lebenden, erwerbstätigen Männern und den 171 Frauen italienischer Nationalität, wurden durch die eingangs geschilderte Eingrenzung 61 Personen interviewt; davon waren 52,4% Männer und 47,6% Frauen. Bei 5 von den 33 interviewten Frauen war die Ehefrau nicht berufstätig (und somit auch nicht in die Gruppe der Befragten aufgenommen worden).

Alter

Die Mehrzahl der Befragten waren im Alter zwischen 19 und 45 Jahren, nämlich:

19 P. = 31,5%	zwischen 19 und 25 Jahren
13 P. = 21,31%	zwischen 26 und 35 Jahren
18 P. = 29,5%	zwischen 36 und 45 Jahren
8 P. = 13,11%	zwischen 46 und 55 Jahren
3 P. = 4,92%	zwischen 56 und 65 Jahren

Keiner hatte das Alter von 65 Jahren überschritten, obwohl es vorgesehen war auch Rentner - solange sie in der Bundesrepublik tätig gewesen waren - zu interviewen.

Herkunft

Alle Befragten stammten, wie vorgesehen, aus Süditalien, und zwar vorwiegend aus ländlichen Gegenden (59% waren auf einem Dorf aufgewachsen, 34% in einer Kleinstadt und nur einer in einer größeren Stadt). Die Mehrheit stammte aus den Regionen Campania, Calabria und

Puglia. Bemerkenswert ist die niedrige Zahl an Sizilianer (6,56%), Sarden (3,28%) und das Fehlen von Familien aus dem Abbruzzo, Molise und Basilicata, ebenfalls arme Regionen mit einem hohen Prozentsatz an Auswanderern. Das zeigt die Tendenz der Italiener, dorthin zu ziehen, wo schon einige Landsleute aus der selben Gegend wohnen. So wohnen z.B. eine hohe Anzahl von Sarden in einem Viertel am Stadtrand von München, wo sie ein eigenes Zentrum haben und eine eigene - sardische - Zeitung herausgeben.

Schul- und Berufsausbildung

13% der Befragten, und zwar die jüngeren, hatten die Mittelschule abgeschlossen und 16,39% mehr als 8 Schuljahre besucht. Dagegen hatten 11,48% gar keine Schule, 16,4% bis 3 Jahre und 42,62% bis 5 Jahre Volksschule besucht.

Was die Berufsausbildung betrifft, so hatten 40 Befragte (65,57%) gar keine Ausbildung gemacht, 12 (19,67%) hatten eine Lehre angefangen, jedoch nicht abgeschlossen, 8 (13,11%) hatten eine Lehre abgeschlossen und nur einer hatte eine Fachschule abgeschlossen. Während der letztere in seinem Fach arbeitete, so war nur einer der 8 gelernten Handwerker in der Bundesrepublik in seinem erlernten Beruf tätig. (Nach anfänglicher Beschäftigung als Hilfsarbeiter auf dem Bau hatte der 20-jährige Maschinenschlosser als solcher Arbeit gefunden.) Ein gleichaltriger Landsmann, ebenfalls vor 2 Jahren aus familiären Gründen zu den Eltern nach München gezogen, hatte in Italien die Ausbildung als technischer Zeichner abgeschlossen und arbeitet nun als Hilfsarbeiter in einer Plastikfabrik.

Eine genauere Analyse aller Daten dieser Personen ergab keine eindeutige Korrelation zwischen den Symptomen aus dem SPI und der Ausübung eines fachfremden Berufes.

in der Bundesrepublik ausgeübter Beruf

Von den 22 (36%) in der Industrie tätigen Arbeitern übten 6 eine qualifizierte Arbeit aus, wenn auch ohne Spezialausbildung und teilweise zum Hilfsarbeitertarif (davon 1 Schmied, 1 Fabrikschneiderin, 1 Löter, 1 angelernter Schweisser in Heizungsfabrik, 1 in der Druckerei und 1 bei Siemens in der Montage von Kleincomputern). Die übrigen 16 (26%) waren als Hilfsarbeiter am Fließband oder als Packer, Sortierer etc. tätig; (davon arbeiteten 4 in der großen Industrie, je einer bei BMW, MAN, Siemens und in einer Metallfabrik, und die übrigen 12 in einem der vielen kleineren Betrieben in Haidhausen und Umgebung: davon waren 4 in der Druckerei, 4 in der Plastikfabrik, 3 in einer Strickerei und einer in der Likörfabrik tätig.)

Weitere 29 (47,5%) Hilfsarbeiter verteilten sich auf folgende Tätigkeiten: 9 Putz- und Küchenhilfen, 8 Bauarbeiter, 6 in einer kleinen Haidhauser Buchbinderei, 1 in der Gärtnerei, 1 als Schneiderhilfe in Umänderungsschneiderei, 1 Nachtwächter, eine Ladenhilfe und ein Fahrer.

Daraus ergibt sich, daß 73,5% der Befragten als Hilfsarbeiter in der Bundesrepublik tätig waren. Nur 2 arbeiteten als gelernte Facharbeiter (Automechaniker, Maschinenschlosser), 2 als Angestellte (Sekretärin, Prüfer von Tonbändern), 4 (6,5%) waren zur Zeit des Interviews arbeitslos infolge Entlassung, 1 war wegen Schwerbehinderung infolge eines Arbeitsunfalles Frührentner und einer hatte eine Bäckerlehre angetreten.

Aufenthaltsdauer

Aus dem Histogramm der Aufenthaltsdauer in Jahren (zwischen 1 und 18 Jahren) läßt sich kein eindeutiger Trend feststellen. Faßt man die Jahre in größere Abschnitte zusammen, so wohnen 24,6% seit 1-4 Jahren, 41% seit 5-10 Jahren und 33,4% seit 10-18 Jahren in der Bundesrepublik.

Arbeitswechsel in der Bundesrepublik

Fast 20% der Befragten waren bei der ersten Arbeitsstelle in München geblieben, während 14,75% einmal, 16,39% zweimal, 31,15% dreimal und 9,84% viermal die Arbeitsstelle gewechselt hatten. 4 Personen hatten bei 6-8 verschiedenen Arbeitgebern gearbeitet.

Fast 50% war mit bzw. zu der Familie ausgewandert. (Hierunter fallen auch die 3 jugendlichen Berufstätigen, die der 2. Generation angehören und die 9 Jugendlichen, die nach abgeschlossener Schul- oder Berufsausbildung zu den Eltern nach München gezogen sind und noch keine eigene Familie gegründet haben.)
Ein Teil der Kleinfamilie von 7 Befragten war im Heimatort geblieben; 23 Männer und eine Frau waren alleine ausgewandert, wobei in 8 Fällen die Familie erst Jahre später nachgekommen war, während 16 Personen die Familie erst im Laufe ihres Aufenthalts in der Bundesrepublik gegründet hatten (die meisten davon haben nach längerem Auslandsaufenthalt während des Urlaubs im Heimatdorf eine - viel jüngere - Frau geheiratet, die erst dann in die Bundesrepublik mit ausgewandert ist.

Als Gründe für die Auswanderung gaben 6,56% Arbeitslosigkeit und 37,70% zu geringer Verdienst in Italien an. 45,9% wollten zu ihren Verwandten ziehen, nur 2 davon gaben zusätzlich Abenteuerlust an. Für die übrigen 6 Befragten bedeutete das Auswandern ein Ausbrechen aus der sozialen Kontrolle, sei es von Seiten der Familie, der Dorfgemeinschaft oder der staatlichen Autorität: ein Mann und eine Frau wollten einen anderen Beruf ausüben, als von der Familie vorgesehen. Ein anderer Mann war wegen Prügelei ein paar Monate im Gefängnis gewesen und verließ dann deswegen mit der Ehefrau den Heimatort. Ebenfalls wegen seinem "schlechten Ansehen" im Dorf war ein Mann mit seinen Kindern ausgewandert, nachdem seine Ehefrau in einem Irrenhaus interniert worden war; ein junger Mann hatte das Arbeiten in der Bundesrepublik dem Wehrdienst in Italien vorgezogen.
Nur 14,75% der Befragten waren erst nach Norditalien ausgewandert, 11,48% waren erst in anderen Städten im Ausland gewesen, während die Mehrheit direkt vom Heimatort nach München gezogen war.
14 Befragte hatten schon vor der Ausreise einen Arbeitsvertrag für die Bundesrepublik, davon 4 durch Bekannte oder Verwandte, während 10 Arbeiter im Heimatort von deutschen Arbeitsamtstellen angeworben worden waren. Verwandte und Landsleute halfen in 64% der Fälle bei der Arbeits- und/oder Wohnungssuche in der Bundesrepublik, während 36% auf sich alleine gestellt waren. Nur 2 gaben an, mit Hilfe von Konsulat oder anderen Institutionen Arbeit und/oder Wohnung gefunden zu haben.

Beziehung zu Italien

Die große Mehrheit der Befragten fährt einmal im Jahr nach Italien, 16,4% fahren mehrmals im Jahr heim und nur 3 Personen gaben an, sehr selten in den Heimatort zu fahren, teils aus finanziellen Gründen (z.B. ein Familienvater einer 9-köpfigen Familie), teils aus mangelnder Beziehung zum Heimatort.

Rückkehr-Absichten

Weniger einheitlich schaut es bei den Rückkehrabsichten aus: zwar konnte keiner der Befragten mit Sicherheit behaupten, für immer im Ausland bleiben zu wollen, aber 18% wollten bis zum Rentneralter in der Bundesrepublik bleiben (meist Männer) und 42,6% wollten nach Italien zurückkehren, sobald sie genügend gespart haben würden; die restlichen 39,34% liessen die Rückwanderung von verschiedenen Bedingungen abhängen: die Aussicht auf eine Wohnung und/oder Arbeitsstelle in Italien; eine zufriedenstellende Rentenregelung in der Bundesrepublik vor der Ausreise (2 Frührentner).... einige wollten sobald wie möglich zurück, machten es aber von den Ausbildungswünschen ihrer Kinder abhängig. Nur 3 der Befragten (2 Jugendliche und ein älterer Mann) gaben an, sich recht wohl in München zu fühlen und noch keine Rückkehrwünsche zu haben.

Weitere Aufzeichnungen im Zusammenhang mit dieser Frage ergaben, daß in 45% der befragten Familien die Ehefrau unbedingt so bald wie möglich in den Heimatort zurückkehren wollte, während der jeweilige Mann weiter in der Bundesrepublik arbeiten möchte*; in 33% der befragten Familien waren sich die Ehepaare einig, so bald wie möglich zurückkehren zu wollen. 21 Personen (34% aller Befragten) betonten, sich in

Italien besser zu fühlen (bzw. glaubten, ihr seelisches und körperliches Allgemeinbefinden würde sich in Italien bessern), während sich 4 Männer und eine Frau gerade wegen der Anonymität des deutschen Großstadtlebens wohl fühlten, "wo sich niemand in deren Angelegenheiten einmischt; jeder lebt sein Leben, man grüßt sich, man kennt sich, aber man spricht nicht über die anderen".

---

* Für die Männer scheint es im Gegensatz zu ihren Ehefrauen einfacher zu sein, sich dem Leben in der deutschen Großstadt anzupassen. Für sie ist es wichtig, viel Geld zu verdienen, mehr Prestige zu erlangen, sie können genauso wie in Italien abends ausgehen - in die Kneipe oder in den Spielsalon. Die Frauen bleiben alleine oder mit den Kindern zu Hause. Im Heimatdorf dagegen haben sie viel mehr Möglichkeiten, auszugehen. Dort ist der abendliche Spaziergang auf der Hauptstraße oder auf dem Marktplatz mit der Familie üblich, man trifft Freundinnen und Bekannte mit deren Kindern. Meistens wohnen auch die Mutter oder andere Verwandte in der Nähe, die oft zu Besuch kommen, so daß die Frauen weniger allein sind. Selbst unter den jungen unverheirateten Leuten der "zweiten Gastarbeitergeneration" fand sich oft der gleiche Unterschied zwischen Männern und Frauen; die Ersteren fühlen sich wohl in der Bundesrepublik und möchten gerne länger hier arbeiten, während die Mädchen angaben, lieber in Italien zu sein. Dort genießen sie mehr Freiheiten, hier in Deutschland werden sie von den Eltern strenger behütet, da diese Angst vor den schlechten Einflüssen in dieser fremden Gesellschaft haben.

Schulbildung der Kinder in der Bundesrepublik

15 der 61 Befragten hatten keine Kinder. Bei den Angaben zu Schulbildung, psychischen Problemen und der bevorzugten Sprache der Kinder beziehen sich daher die Häufigkeiten in Prozentsätzen nur auf Personen mit Kindern (n = 46 oder 75,4% der Gesamtgruppe).

Bei 23,9% waren die Kinder noch nicht im schulfähigen Alter. Die Kinder von 45,6% der Befragten besuchten die italienische Schule, von weiteren 43% die deutsche Volksschule mit zusätzlichen italienischen Unterrichtsstunden, von 21,7% nur die deutsche Volksschule. Zwei Elternteile gaben an, daß ihre Kinder die Realschule besuchten.

Psychische Probleme der Kinder

71,7% der Befragten gaben an, ihre Kinder hätten keinerlei psychische Probleme. 23,9% räumten ein, daß ihre Kinder Probleme hätten, bzw. daß es Schwierigkeiten mit ihnen gäbe, sie wünschten jedoch keine psychologische Beratung. Nur zwei von 46 interviewten Personen wünschten eine Beratung, eine solche hatte aber noch nicht stattgefunden.

Ein siebenjähriges Mädchen z.B. stotterte, redete sehr wenig und hatte Schwierigkeiten in der Schule. Die Mutter berichtete, daß die Tochter so eingeschüchtert sei, weil der Vater so jähzornig sei. Als sie bei der Oma in Italien war, habe sie sehr viel gesprochen. Von einer psychologischen Beratung hielt die Mutter nicht viel, da diese den Vater auch nicht ändern würde. Der Vater, ein 42-jähriger Bauarbeiter, sieht bei seiner Tochter keine Probleme, bezeichnet sich selber jedoch als äußerst jähzornig, berichtet über Phobien und Zwangsgedanken. Mit einem Goldberg-score von 23 gehört er mit zu denjenigen, die als psychisch auffällig eingestuft wurden.

Die 16-jährige Tochter von einem anderen Befragten ist sehr übergewichtig, versucht abzunehmen, kann sich aber beim Essen nicht zurückhalten. Sie esse sehr viel Brot, es sei wie eine Sucht, sagt sie. Der Vater verprügle sie, weil sie so viel esse. Beide Elternteile sehen hier kein psychologisches Problem, sie halten ohnehin nichts von Psychologen. Der Vater bezeichnet sich selber als ausgesprochen depressiv, um seine Gesundheit besorgt und erschöpft und berichtete über Konzentrationsschwierigkeiten; sein Goldberg-score lag bei 19.
Eine Mutter berichtet von ihrem 10-jährigen Sohn, daß er sehr verschlossen sei, sie komme nicht ganz an ihn heran. Sie wolle nun noch ein halbes Jahr abwarten und dann vielleicht einen Psychologen in Italien aufsuchen.
Das 8-jährige Kind einer 34-jährigen Hilfsarbeiterin näßt noch immer ein. Eine organische Ursache wurde nicht gefunden, eine psychologische Beratung zieht die Mutter nicht in Betracht.
Im Gegensatz zu den beiden Ersteren hatten die Eltern der beiden letzteren Kinder einen mittleren score im SPI nach GOLDBERG. Es wurde jedoch deutlich, daß es immer die Ehefrauen waren, die die Probleme der Kinder wahrnahmen, während die Männer diese negierten bzw. bagatellisierten.

Sprache der Kinder, Deutschkenntnisse der Eltern

81,8% der Befragten gaben an, daß ihre Kinder sowohl untereinander als auch mit ihnen italienisch sprächen. Weitere 9% berichteten, daß die Kinder untereinander deutsch, mit den Eltern aber noch italienisch sprächen. Bei den übrigen 9% sprachen die Kinder untereinander deutsch und hatten italienisch fast verlernt.

Eine 50-jährige Mutter von fünf Kindern, vor einem Jahr als letzte der Familie nach Deutschland gekommen, sprach als einzige überhaupt nicht deutsch. Von den übrigen stuften 24% ihre Deutschkenntnisse als schlecht, 61% als mittelmäßig und 13% als gut ein.
In drei Fällen ergab sich die Konstellation, daß die Eltern nur mittelmäßig bzw. schlecht deutsch sprachen, während die Kinder untereinander deutsch sprachen und italienisch fast verlernt hatten, so daß Eltern und Kinder keine gemeinsame Sprache hatten, die beide gut beherrschten.

Anzahl der Personen im Haushalt und Einkommen

Nur einer der Befragten lebte in einem 2-Personenhaushalt. 26,3% lebten in einem 3-Personenhaushalt, 31,1% in einem 4-, 22,9% in einem 5-, 4,9% in einem 6- und 13,1% in einem 7-Personenhaushalt.
Das Nettohaushaltseinkommen lag bei 3 der Befragten zwischen 600 und 900 DM, bei zwei weiteren zwischen 900 und 1200 DM, bei 7 Personen zwischen 1200 und 1500 DM, bei 19,7% der Befragten zwischen 1500 und 2000 DM und bei 61% über 2000 DM.
Drei der befragten Familien verfügten über ein pro-Kopf-Einkommen zwischen 180 und 250 DM, bei weiteren dreien lag es zwischen 250 und 350 DM! Von den 3-Pers.-Haushalten verfügte einer über 1200 bis 1500 DM, 6 über 1500 bis 2000 DM und 3 über mehr als 2000 DM monatlich; von den 4-Pers.-Haushalten 3 über 1500 bis 2000 und 7 über ein Einkommen von über 2000 DM. Bei den 5-Pers.-Haushalten lag das monatliche Einkommen bei einem zwischen 900 und 1200 DM, bei einem zwischen 1200 und 1500 DM und bei 6 über 2000 DM. Bei den 6-Pers.-Haushalten lag es bei einem zwischen 1200 und 1500, bei dem anderen über 2000 DM

monatlich. Bei beiden 7-köpfigen Familien lag das monatliche Einkommen über 2000 DM.

Oft waren alle Familienmitglieder berufstätig, z.T. mit sehr niedrigen Einkommen (600 DM, 750 DM monatlich). Eine 21-jährige Hilfsarbeiterin in einer Buchdruckerei verdiente 4,61 DM/h. Ein 43-jähriger Lagerarbeiter, dessen Frau arbeitslos war, kam für seine 5-köpfige Familie auf ein Monatseinkommen von 1100 DM, die Ersparnisse der letzten Jahre wurden aufgebraucht.

Insgesamt konnten 38% der Befragten keine monatlichen Sparrücklagen leisten. Hier fanden sich alle diejenigen mit niedrigem Haushaltseinkommen, sowie teilweise solchs, die als jüngere Familienmitglieder ihren Verdienst zu Hause ablieferten. Eine Familie gab an, das Geld in Wohnungseinrichtungen und Landwirtschaftsgegenständen zu investieren.

34% legten regelmäßig Geld zurück, weitere 28% zahlten Schulden für ihr in Italien gebautes Haus ab.

Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Krankschreibungen

11,5% der Befragten hatten im letzten halben Jahr öfter als 10 mal einen Arzt konsultiert. Weitere 11,5% gaben zwischen 6 und 10 Arztbesuche an, bei 14,7% waren es zwischen 3 und 5, weitere 14,7% gaben zwei Konsultationen an, 27,9% hatten den Arzt einmal aufgesucht und 18% waren im letzten halben Jahr nie beim Arzt gewesen.

16,4% der Befragten hatten keinen festen Hausarzt. 4,9% gaben an, im Krankheitsfalle immer gleich die Klinikambulanz aufzusuchen. Von den übrigen, die einen festen Hausarzt hatten, gaben 23% an, daß dieser

italienisch spreche, während die restlichen 55,8% dies verneinten.* 9,8% der Befragten hatten sich im letzten halben Jahr einmal bis zu einer Aufenthaltsdauer bis zu maximal 10 Tagen in stationäre Behandlung begeben. 32,8% waren in diesem Zeitraum mehrmals oder länger als eine Woche krankgeschrieben worden, bei 9,8% war dies zweimal bis zu einer Woche, bei 19,7% einmal bis zu einer Woche der Fall gewesen. Bei den übrigen 37,7% war in diesem Zeitraum keine Krankschreibung erfolgt.

Krankheiten und Beschwerden

11,5% der Befragten hatten Herzbeschwerden, meist pectanginöser Art. Von diesen hatte einer ein kombiniertes Klappenvitium in Verbindung mit rheumatischen Beschwerden (Mitralstenose mit Aorteninsuffizienz). Bei den übrigen war die Diagnose koronare Herzerkrankung bzw. Angina pectoris entweder schon gestellt worden oder aber sie hatten während des Interviews dahingehende Angaben geliefert.
8,2% litten gleichzeitig an Hypertonie und Übergewicht, 9,8% berichteten über hypotone Störungen, von denen zwei Drittel mit Schwindel einhergingen.

---

* In diesem Zusammenhang hörte ich öfters die Klage, die deutschen Ärzte gäben sich nicht genug Mühe mit ihren Patienten (in 9 Interviews): sie verschrieben nur lauter Tabletten, wo doch jeder wisse, daß es schädlich sei, so viel einzunehmen. In Italien würden die Ärzte stattdessen sehr viel mehr Spritzen geben - dies sei eine sehr viel bessere Behandlung.

18% gaben Oberbauchbeschwerden an. Teilweise handelte es sich hier um Z.n. Cholezystektomie bzw. nach unterschiedlichen Magen-OP's zum anderen Teil um die vom Arzt gestellte Diagnose "Gastritis" oder aber um ein in diese Richtung weisendes Beschwerdebild.

16,4% litten an Gelenk- und/oder Gliederschmerzen, teilweise war die Diagnose Pcp gestellt worden, bei anderen handelte es sich um Beschwerden, die nach einseitiger Belastung am Arbeitsplatz auftraten.

31,1% der Befragten klagten über Kopfschmerzen, 19,7% über Rückenschmerzen, 6,6% litten an "HWS-Syndrom".

Nach der Häufigkeit ihres Auftretens seien nun noch die seltener angegebenen Krankheiten, Beschwerden und Schmerzen genannt.

Bei je 4 der Befragten waren aufgetreten: Schmerzen in der Nierengegend/Nephritis, Bronchitis.

Je dreimal genannt wurden: Anämie, chron. Bronchitis, Sodbrennen, Augenschmerzen, Diabetes.

Je zweimal waren aufgetreten: Herzklopfen/Herzjagen, Atembeschwerden, Dysmenorrhoe, Schmerzen in der Leistengegend, Schlaflosigkeit.

Je einmal wurden genannt: Schweißausbrüche und Nervosität, Prostatabeschwerden, generalisierter Pruritus, Übelkeit, Durchblutungsstörungen der Extremitäten, Hyperlipidämie, chronischer Schnupfen, Ekzem im Gesicht, Allergie auf Stoff, Psoriasis, Epilepsie, Stomatitis nach Lösungsmittelexposition (s.u.), Blinddarmreizung, Varizen, Pleuritis.

Zweimal wurde über Beschwerden berichtet, die direkte Folgen eines Arbeitsunfalles waren. In einem Falle litt die Betreffende an

chronischen Kopfschmerzen, nachdem ihr bei der Arbeit vor 7 Jahren ein Gegenstand auf den Kopf gefallen war. Der andere war ein seit 10 Jahren berenteter ehemaliger Bauarbeiter, der damals von einem Baugerüst gestürzt war und sich dabei eine komplizierte Wirbelfraktur sowie eine Thorax/Lungenverletzung durch eingedrungene Metallteile zugezogen hatte. Zur Fremdkörperentfernung waren drei thoraxchirurgische Eingriffe notwendig gewesen, der Betreffende leidet jetzt noch immer an Dyspnoe und Schmerzen beim Atmen.

In einem weiteren Fall wurde über Schmerzen in den Armen berichtet, die auf den ständigen Umgang mit kaltem Wasser zurückgeführt wurden (Putzhilfe in einer Fabrik).

Ein 47-jähriger Bauhilfsarbeiter, der wegen rezidivierender Leistenhernien bereits sechsmal operiert wurde, gab - da er infolge der statischen Belastung ständig Schmerzen an den Operationsnarben hatte - vor einigen Jahren die Tätigkeit auf dem Bau auf und begann in einer Kunststofffabrik zu arbeiten. Dort erlitt er infolge unvermeidlicher, mit der Arbeit verbundener, Lösungsmittelexposition mehrere Male schwere Mundinfektionen, die z.T. stationär behandelt werden mußten. Er versucht nun, beide Übel wechselweise zu vermeiden und hat den Arbeitsplatz schon öfters zwischen Bau und Plastikfabrik gewechselt.

Nikotin und Alkohol Abusus

Etwa die Hälfte der Befragten waren Nichtraucher, 10% rauchten gelegentlich, 13% regelmäßig aber weniger als 10 Zigaretten pro Tag, während die Übrigen regelmäßig über 10 Zigaretten täglich rauchten. Nur einer der Befragten gab an, Alkoholprobleme zu haben.

Sozialbeziehungen

36% der Befragten trafen sich regelmäßig mit Verwandten, 44,3% mit Bekannten aus dem Heimatort, mit anderen Italienern 45,9%, mit anderen Ausländern und mit Deutschen je 14,6%, 52,4% mit Nachbarn aus Haidhausen, 21,3% mit Arbeitskollegen, 21,3% mit Personen, die sie über Bekannte aus dem Heimatort kennengelernt hatten; 28% gingen regelmäßig in Gastwirtschaften, 6,6% in die Kirche.
Gelegentliche Kontakte hatten 18,3% zu Verwandten, 37,7% zu Bekannten, 47,6% zu anderen Italienern, 39,3% zu anderen Ausländern, 36% zu Deutschen, 41% zu Nachbarn aus Haidhausen, 31,6% zu Arbeitskollegen, 44,3% zu Personen, die sie über Bekannte aus dem Heimatort kennengelernt hatten, 14,8% zu Besuchern von Klubs, Gastwirtschaften und Veranstaltungen, 13,1% gingen gelegentlich in die Kirche.
Etwa die Hälfte der Befragten hatte keinen Kontakt zu Deutschen, zu anderen Ausländern, zu Arbeitskollegen oder zu Besuchern von Gastwirtschaften. 80,3% gingen nie in die Kirche. Zwei der Befragten hatten außer zu Verwandten und Bekannten aus dem Heimatort keine weiteren Kontakte.

II.7.2 Ergebnisse des Standardisierten Psychiatrischen Interviews (SPI, GOLDBERG et al.)

Die vollständige Auswertung befindet sich im Anhang (Tab. 1). Hier seien nur einige bemerkenswerte Ergebnisse wiedergegeben und untereinander in Beziehung gesetzt (siehe auch die im Anhang befindliche Tabelle Nr.2, die den Vergleich der Symptomhäufigkeiten dieser Population mit denen einer anderen Untersuchung ermöglicht.)

K ö r p e r l i c h e S y m p t o m e im Zusammenhang mit psychischen Streßsituationen gaben 62,3% der Befragten an, wobei diese bei 30% nur leicht, bei den übrigen aber zumindest deutlich ausgeprägt waren.

24% bezeichneten sich als s e h r b e s o r g t u m i h r e G e s u n d h e i t, etwa die Hälfte davon in höherem Maße (Grad 2-4).

Die Hälfte der Befragten antworteten auf die Frage nach R e i z b a r k e i t mit einem entschiedenen: "ja, sehr!" (Grad 2-4), weitere 20% hielten sich für leicht reizbar.

Da die meisten spontan von ausgeprägter Nervosität sprachen, wurde dieses Item von der Untersucherin hinzugefügt (aber bei der Bildung des Summenscores nicht mitgerechnet) und in 64% der Fälle positiv beantwortet (20% gaben leichte, 24% etwas gesteigerte Nervosität an; weitere 20% waren durch dieses ausgeprägte Symptom sehr belastet (Grad 3 und 4).

Für viele war die Frage nach K o n z e n t r a t i o n s f ä h i g k e i t bzw. - mangel schwer faßbar und dementsprechend schwer zu beantworten. Häufig waren Äußerungen wie etwa: "Also meine Arbeit kann ich nach wie vor bestens verrichten". Die Konzentrationsfähigkeit

ließ sich an keinem geeigneten Beispiel erklären, da sich keine entsprechenden Situationen finden ließen. Viele lesen nie, der Fernsehapparat läuft ständig ohne daß der Wortlaut verstanden wird, die Kommunikation untereinander ist meist sehr einfach, so daß Konzentrationsmangel als Problem nicht spürbar werden kann.

So gaben nur 8% leichten und 10% mittleren Konzentrationsmangel an, 5% fühlten sich durch Konzentrationsstörung bei der Arbeit und in der Freizeit beeinträchtigt und einer litt derart darunter, daß er arbeitsunfähig war (wobei dieses Symptom zusammen mit quälenden Zwangsgedanken als Ausdruck einer schweren Depression zu verstehen war. Siehe Fallbeispiele.)

Zwar wurde die Frage nach leichter, d e p r e s s i v e r V e r s t i m m u n g relativ häufig bejaht (21% + 10% Grad 2 und 5% Grad 3), das Item d e p r e s s i v e G e d a n k e n aber nur in 3 Fällen positiv bewertet ("Grad 1").

Bemerkenswert war auch die Reaktion auf die Frage nach Ä n g s t l i c h k e i t, die in 40% der Fälle - meist Frauen - positiv beantwortet wurde: Etwa 3/4 der Ängste waren auf die eigene Familie gerichtet: Angst um Gesundheit und Zukunft der Kinder, vor Krankheit, um den Haushalt (Angst, daß den Kindern etwas passiert, träumt, daß der Sohn erschossen wird, - Angst, sobald jemand zu spät nach Hause kommt, - Angst um die Familie in Italien, würde sie am liebsten jeden Tag anrufen, - ständige Angst, seit der Mann krank ist). Von den Übrigen wurde genannt: Angst vor Kriegen, um die Arbeitsstelle, Erwartungen anderer nicht erfüllen zu können sowie ungerichtete Angst.

Über p h o b i s c h e Ä n g s t e und phobisches Vermeiden erheblichen Ausmaßes wurde in 15% der Fälle berichtet, weitere 13% gaben leichte, sie nicht beeinträchtigende Phobien an. Der Häufigkeit nach beordnet ergaben sich für die Phobien folgende Inhalte: Dunkelheit 6,6%, Höhe, Schlangen, Tiere allgemein je 4,9%, Eidechsen 3,3%, je einmal (1,6%) Grillen, Mäuse, geschlossene Räume, beim Ertönen der Türglocke.

Bei den von 17 Personen berichteten Zwangssymptomen handelte es sich zum überwiegenden Teil um ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Kontrollbedürfnis (11,5%), ansonsten um unbegründete, sich aufdrängende Sorgen (8,2%) sowie je einmal Zwangsgedanken unbestimmter Art, über die seit 10 Jahren geregelte Invalidenrente, über Krankheit, Diät, Zukunft, Angst vor Diebstahl. Einmal wurde eine, den Betreffenden sehr einschränkende Angst, vergiftet zu werden, genannt (s.u. im Kapitel Fallbeispiele).

3 Personen kannten leichte vorübergehende Entfremdungsgefühle, bei einer Frau war eine deutliche Neigung zu Depersonalisationsepisoden festzustellen.

Weniger auffällig waren die Ergebnisse im zweiten Teil des SPI's, in dem der während des Interviews gewonnene allgemeine Eindruck anhand von 12 OBJEKTIVEN SYMPTOMEN festgehalten werden sollte. Die Einordnung in eine von "0" bis "4" reichende Skala erfolgte unmittelbar nach dem Besuch. Zur weiteren Charakterisierung der Interviewsituation und der Interaktion wurden diesem Teil des SPI-Fragebogens noch drei weitere Fragen vorangestellt, die bei der Beurteilung des

Gesamtscores, um die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu erhalten, jedoch nicht berücksichtigt wurden.

Die vom Untersucher eingeschätzte Zuverlässigkeit der Aussagen war in 70% der Fälle gut, in 25% schien sie leicht eingeschränkt und in 5% schien sie gering zu sein.

41% der Befragten erschienen ausgesprochen gastfreundlich und über den Besuch erfreut, 28% zeigten die für Italien übliche Gastfreundschaft, 20% standen dem Besuch in etwa neutral gegenüber, während 6,6% bzw. 4,9% weniger oder gar nicht über den Besuch erfreut schienen.

23% der Befragten erschienen sehr offen, 31% etwas weniger, 16,4% bzw. 9,8% schienen leicht oder stärker verschlossen zu sein, während 19,7% sich etwa in der Mitte zwischen beiden Begriffen ansiedeln ließen.

Das SPI nach GOLDBERG stellt den Versuch dar, einen psychiatrischen Befund zu quantifizieren. Dazu gab GOLDBERG et al. 1970 folgende Formel an: $S = \Sigma R_i + 2 \Sigma M_i$

wobei "S" der Punktsumme, dem "Score", R_1, R_2, ... R_{10}, den Ratings ("Graden") der subjektiven Symptome und M_1, M_2, ... M_{10}, den Ratings der objektiven Symptome entspricht. Der Summe aus allen Ratings der subjektiven Symptome eines Befragten wurde also die doppelte Summe aller Ratings der objektiven Symptome derselben Person hinzuaddiert. Die erhaltene Zahl, der Summenscore, soll nun ein quantitatives Maß für die psychische Störung darstellen. Dieser "Score" kommt also zu 30% durch die Angabe des Befragten und zu 70% durch die Angabe des

Interviewers zustande. Goldberg gibt als "cut-off-point" für den Summenscore 20 an, oberhalb davon würde man von psychiatrisch krank, behandlungsbedürftig, o.ä. sprechen.

6 der Befragten hatten einen Score von 0 (9,8%), 9 weitere (14,8%) einen Score bis einschließlich 5 (24,6%). Einen Score zwischen 6 und 15 hatten 28 Personen (45,9%), 4 weitere hatten einen Score zwischen 16 und 20 (8,2%). 7 der Befragten (11,5%) hatten einen Score von über 20 und lagen damit oberhalb des "cut-off-points".

Der Durchschnittswert für den Gesamtscore lag bei 9,86 Punkten. Bei Frauen lag er mit 11,89 Punkten um 3,86 Punkte oder 48% über dem Durchschnittswert der Männer (8,03 Punkte).

Um den Unterschied zwischen Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung quantifizieren zu können, wurde in der Gesamtgruppe sowie in der Gruppe mit Score über 20 die Summe aus allen subjektiven Symptomen einerseits und allen objektiven andererseits gebildet und die entsprechenden Durchschnittswerte ermittelt. Bei Frauen war der Durchschnittswert der subjektiven Symptome bei 9,13 Punkten, der der objektiven Symptome bei 1,03 Punkten, was einem Verhältnis von 8,83 zu 1 entspricht.

Der Durchschnittswert der subjektiven Symptome der Männer lag bei 6,15 Punkten, der der objektiven Symptome bei 0,94 Punkten, entsprechend einem Verhältnis von 6,56 zu 1.

In der Gesamtgruppe lag der Durchschnittswert der subjektiven Symptome bei 7,57 Punkten, der der objektiven Symptome bei 0,98 Punkten.

Das Verhältnis der Summe der subjektiven Symptome zur Summe der objektiven Symptome war bei Frauen (8,88%) deutlich (um 22,7%) höher als bei Männern (6,56 : 1). In der Gruppe "Score über 20" lag das Verhältnis von subjektiven zu objektiven Symptomen mit 8,7 : 1 ebenfalls über dem Gesamtdurchschnitt.

Hier sei eingefügt, daß die vom Untersucher eingeschätzte Zuverlässigkeit der Aussagen bei Frauen wesentlich höher lag als bei Männern. Ebenso lag der Mittelwert des von der Untersucherin hinzugefügten Items Offenheit bei Frauen um 40% über dem entsprechenden Wert bei Männern, für Gastfreundschaft ergab sich für Frauen ein höherer Wert als für Männer.

II.7.3 Psychische Symptome in Relation zu sozialen Faktoren

Es wurde nun versucht, Gruppen aus den Personen mit "Score 0" und "Score über 20" zu bilden, und diese mit den durch den Sozialfragebogen erhaltenen Daten in Beziehung zu setzen. In der Gruppe "Score über 20" überwogen mit 72% Frauen, in der Score 0 - Gruppe dagegen waren nur 16% Frauen vertreten (der Durchschnitt liegt bei 47%).

Die durchschnittliche A u f e n t h a l t s d a u e r in der Bundesrepublik war in beiden Gruppen etwa gleich und entsprach dem Gesamtdurchschnitt.

In der Gruppe "Score über 20" (7 Personen) fanden sich 2 Arbeitslose (entsprechen 28% gegenüber 6,5% der Gesamtgruppe) und 5 Hilfsarbeiter, davon 3 Putzfrauen, 1 Bau- und 1 Fabrikhilfsarbeiter.

Von den 6 Personen mit Score = 0 waren dagegen 2 angelernte Industriearbeiter (33% gegenüber 10% in der Gesamtgruppe) sowie 4 Hilfsarbeiter, davon 2 in einer Fabrik, einer als Kraftfahrer und eine als Putzfrau beschäftigt. In der "Score über 20"-Gruppe waren 6 der 7 Personen (85,7%) im Alter zwischen 45 und 65 Jahren (Gesamtgruppe 19%), in der "Score = 0"-Gruppe entsprach dagegen die A l t e r s v e r t e i l u n g etwa der der Gesamtgruppe.

Durchschnittlich wurde der A r b e i t s p l a t z seit der Einreise in die Bundesrepublik 2,26 mal g e w e c h s e l t, bei denjenigen mit Score über 20 lag dieser Wert bei 2,1, für Score 0 bei 2,5. Die "psychisch auffällige" Gruppe hatte den Arbeitsplatz also eher seltener gewechselt, wobei auffiel, daß von den 7 Personen 4 nie gewechselt hatten.

Mit nur einer Ausnahme (in der Score = 0 - Gruppe) hatten alle Befragten in beiden Gruppen keine B e r u f s a u s b i l d u n g, in der Gesamtgruppe lag dieser Anteil dagegen nur bei 65%.

In der Score 0 - Gruppe hatten alle Befragten zumindest 3 Jahre Grundschule absolviert, 2 davon waren 5 Jahre zur Schule gegangen, einer hatte die Mittelschule beendet. Bei der Score über 20 - Gruppe hatten 2 der Befragten nie, 2 weitere hatten 3 Jahre und die übrigen 3 hatten 5 Jahre die Schule besucht. Die S c h u l b i l d u n g ist also in der letzten Gruppe niedriger.

Bemerkenswert ist, daß in der Score 0 - Gruppe mit einer Ausnahme alle bereits mit Familie in die Bundesrepublik gekommen sind (84%). Die Einreise mit Familie war damit deutlich häufiger als beim Gesamtdurchschnitt (49%) und bei der Score über 20 - Gruppe.

Kein auffallender Unterschied zwischen beiden Gruppen war bei den Zunkunftsplänen bezüglich der R ü c k k e h r n a c h I t a l i e n, bei der Frage nach regelmäßigen E r s p a r n i s s e n sowie bei der H ä u f i g k e i t v o n H e i m r e i s e n nach Italien festzustellen.

Das N e t t o h a u s h a l t s e i n k o m m e n war bei beiden Gruppen im Verhältnis zur Gesamtgruppe überdurchschnittlich hoch. Bei 5 von 7 (72%) bzw. bei 5 von 6 (84%) der Befragten lag es über 2000 DM monatlich.

Die Zahl der A r z t k o n s u l t a t i o n e n im letzten halben Jahr lag in der Gruppe Score über 20 bei 6,8, bei der Gruppe Score 0 bei 0,8 (Gesamtdurchschnitt 4,6).

Die Frage nach der Häufigkeit von F r e i z e i t k o n t a k t e n ergab für die Befragten mit Score über 20 gegenüber denjenigen mit Score 0 folgende Relationen: (erstgenannt jeweils die Score über 20 - Gruppe!)

Regelmäßige Kontakte zu Verwandten waren mit 57% gegenüber 16% häufiger, ein Zusammenkommen mit Bekannten aus dem Heimatort dagegen seltener (28% gegenüber 66%). Ebenfalls seltener waren Treffen mit anderen Italienern (14% gegenüber 66%), mit anderen Ausländern (0% gegenüber 50%) und mit Deutschen (0% gegenüber 33%). Sie trafen sich etwas öfter mit Nachbarn (57% gegenüber 33%), aber nie mit Arbeitskollegen (0% gegenüber 16%) oder den Mitgliedern der gleichen Organisation, den Besuchern gleicher Veranstaltungen oder von Gastwirtschaften, was in der Score 0 - Gruppe häufig war (83%).

Sie gingen allerdings sehr viel öfter in die Kirche (57% gegenüber 0%).

Auf Grund der Frage nach verschiedenen Kontakten wurden diejenigen mit den wenigsten Kontakten zu einer Gruppe zusammengefaßt. Der Gesamtscore lag hier mit 8,1% gegenüber 9,86 Punkten etwas niedriger, besonders die objektiven Symptome waren mit 0,9 gegenüber 1,96 Punkten deutlich seltener. Arztbesuche im letzten halben Jahr lagen mit 3,1 gegenüber 4,6 ebenfalls unter dem Gesamtdurchschnitt. 55,5% hatten einen italienisch sprechenden Hausarzt (Gesamtdurchschnitt 22,9 %). Ebenfalls 55,5% rauchten regelmäßig über 10 Zigaretten pro Tag (Gesamtdurchschnitt 31,1%). Die mittlere Aufenthaltsdauer lag mit 11 Jahren fast 3 Jahre über dem Durchschnitt.
Bei den 26,2% der Befragten, die ihre D e u t s c h k e n n t n i s s e als schlecht bezeichneten, lag der Durchschnittscore im SPI mit 11,37 gegenüber 9,86 Punkten etwas über dem Gesamtdurchschnitt, wobei die subjektiven und die objektiven Symptome etwa gleiche Anteile an der Differenz hatten. 38% gaben ausgeprägte Nervosität an, (in der Gesamtgruppe waren dies nur 14,7%) 37% waren als in unterschiedlichem Ausmaß depressiv eingestuft worden (21,3% in der Gesamtgruppe). Die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche im letzten halben Jahr lag mit 7,6 gegenüber 4,6 ebenfalls über dem Durchschnitt. Der Anteil derer, die einen italienisch sprechenden Hausarzt hatten, lag bei dieser Gruppe wesentlich höher (56% gegenüber 22,9%). 31,5% klagten über Gliederschmerzen, in der Gesamtgruppe waren dies nur 16,4%.

Bemerkenswert ist, daß alle 6 Personen (9,8%), die unter starken quälenden Ä n g s t e n litten, entweder zu denjenigen, die besonders wenig Kontakt hatten oder zu den schlecht deutsch Sprechenden gehörten. Ebenso fand sich in beiden obengenannten Gruppen eine Häufung von Personen mit Zwangssymptomen.

Nach absteigender Häufigkeit geordnet, waren die Symptome bei denjenigen der Befragten, die einen Score über 20 hatten, u.a. folgende: Alle 7 gaben somatische Symptome an, die 4 der Befragten erheblich, die übrigen 3 außerordentlich stark beeinträchtigten.

Ein übermäßiges Interesse an der eigenen Gesundheit war bei einer Person in starkem, bei zwei weiteren in etwa geringerem Ausmaß vorhanden.

Ein durchgehendes Symptom ist Reizbarkeit unterschiedlichen Ausmaßes, davon in zwei Fällen stark, in zwei weiteren besonders stark und beeinträchtigend.

Von allen außer einem wurde eine mehr oder weniger starke Erschöpfung angegeben.

Auch klagten alle außer einem über Konzentrationsverlust, der teilweise stark bzw. äußerst beeinträchtigend und quälend war.

5 der Befragten litten unter verschieden stark ausgeprägter, aber doch deutlicher Angst, ein weiterer gab eine leichte Ängstlichkeit an.

5 der 7 Personen mit Score über 20 litten unter mittlerer oder starker Schlaflosigkeit.

4 Personen bezeichneten sich als deutlich oder stark depressiv, in einem Falle wurden auch Selbstmordgedanken angegeben, 3 der obengenannten machten sich wegen ihrer Depressionen Vorwürfe, dagegen wurden nur 2 der Befragten auch objektiv als depressiv bezeichnet.

Ausgeprägte Phobien und Depersonalisationen wurden nur von einem Befragten aus dieser Gruppe angegeben, ein weiterer berichtete über deutliche Phobien.

Bei zwei der 7 Personen mit Summenscore über 20 ist nach Eigen- und Fremdanamnese nicht auf eine prämorbide Persönlichkeit zu schließen, bei zwei weiteren ist wegen mangelnder Angaben eine Aussage nicht möglich. Zwei waren schon vor der Einreise in die Bundesrepublik erkrankt, waren jedoch durch die Trennung vom Ehemann und teilweise auch von den Kindern, die schon vorher ausgewandert waren, stark belastet. In einem Fall läßt die Eigenanamnese auf eine labile, unstete Persönlichkeit schließen, starke somatische Symptome traten bei ihr aber erst 5 Jahre nach der Einreise auf.

Nimmt man noch die 2 Befragten hinzu, die nach SPI-Summenscore unter 20 lagen, jedoch manifeste bzw. anbehandelte psychische Störungen aufwiesen (Depression, mit paranoiden Zwangsgedanken, Vergiftungswahn), die aber, nach Eigen- und Fremdanamnese zu schließen, erst mehrere Jahre (mehr als 8) nach Einwanderung in die Bundesrepublik erkrankt waren (nach Anlässen, die in deutlichem Zusammenhang mit ihrer Rolle als Ausländer und Gastarbeiter standen), so kann man nur in einem Drittel der Fälle auf eine prämorbide Persönlichkeit, die schon vor der Auswanderung bestand, schließen. Eine repräsentative Aussage läßt sich aber aus der geringen Zahl der "auffälligen" Befragten nicht machen.

Die Häufigkeit sozialer Kontakte sowie der Items des SPI nach Goldberg wurden nun noch nach der A u f e n t h a l t s d a u e r in der Bundesrepublik Deutschland aufgeschlüsselt.

Der höchste Prozentsatz an Personen, die ausgesprochen wenig Kontakt hatten, fand sich entgegen der Erwartung in der Gruppe, die schon 11 Jahre oder länger in der Bundesrepublik war (28%). Von denen, die erst 1 oder 2 Jahre in der Bundesrepublik waren, hatte dagegen keiner derart selten Kontakte. In letzterer Gruppe herrschte eine mittlere Häufigkeit an Kontakten vor, während in der ersten Gruppe sowohl Personen mit sehr vielen als auch mit sehr wenigen Kontakten zu finden waren.

Der Score derjenigen, die seit 1 oder 2 Jahren in der Bundesrepublik waren, entsprach in der subjektiven, objektiven und der Gesamtpunktzahl mit 7,2/2,2/9,8 Punkten genau dem Gesamtdurchschnitt.

Bei denjenigen, die seit 3 bis 5 Jahren in der Bundesrepublik waren, war ein leichter Anstieg auf 8,4/2,2/10,6 Punkte festzustellen, der aber nur auf den Anstieg der subjektiven Score-Punkte beruhte, die objektiven entsprachen immer noch dem Gesamtdurchschnitt.

In der Gruppe derjenigen, die 6 bis 10 Jahre in der Bundesrepublik waren, lagen sowohl die subjektiven als auch die objektiven Score-Punkte mit 5,0/1,2/6,2 Punkten wesentlich niedriger.

In der Gruppe mit Aufenthaltsdauer zwischen 11 und 18 Jahren lag der Gesamtscore dann wesentlich über dem Durchschnitt (10/2,3/12,3 Punkte), was wiederum nur auf den höheren subjektiven Score-Punkten beruhte, die objektiven entsprachen fast dem Durchschnitt.

Eine gleichartige Entwicklung ließ sich bei den im SPI angegebenen psychosomatischen Symptomen beobachten: Bei 1 bis 2-jähriger Aufenthaltsdauer lag der Mittelwert der Ausprägung somatischer Beschwerden, die ebenfalls einer Skala von 0 bis 4 zugeordnet waren, mit 0,8 etwas unter dem Gesamtdurchschnitt, um bei 3- bis 5-jähriger Aufenthaltsdauer auf 1,25 anzusteigen. Bei 6- bis 10-jähriger Aufenthaltsdauer lag der Mittelwert somatischer Beschwerden mit 0,58 am niedrigsten, um bei über 10-jähriger Aufenthaltsdauer mit 1,6 den höchsten Wert zu erreichen.
Der mittlere Score-Wert für "übermäßiges Interesse an der eigenen Gesundheit" war bei 1- bis 2-jähriger Aufenthaltsdauer 0,25, in den beiden nächsten Gruppen 0 und 0,11, in der am längsten in der Bundesrepublik weilenden Gruppe mit 0,76 dreimal so hoch wie in der ersten Gruppe.
Auch die Items Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit und Nervosität hingen in gleicher Weise wie der Gesamtscore und somatische Symptome von der Aufenthaltsdauer ab: Ausgehend von einem mittleren Wert in den ersten zwei Jahren fand sich für drei bis fünf Aufenthaltsjahre ein höherer Wert, für 6 bis 10 Aufenthaltsjahre ein wesentlich niedrigerer Wert, und für 11 oder mehr Aufenthaltsjahre der höchste Wert.
Eine mit zunehmender Aufenthaltsdauer stetig sinkende Tendenz zeigte das Symptom "Konzentrationsverlust", das Symptom war in der letzten Gruppe im Vergleich zur ersten nur noch halb so stark ausgeprägt.

Eine mit zunehmender Aufenthaltsdauer ebenfalls sinkende Tendenz zeigte das Symptom "Ä n g s t", wobei jedoch bei der Gruppe mit der längsten Aufenthaltsdauer wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen war, jedoch nur bis auf ein Niveau zwischen der 2. und der 3. Gruppe.
P h o b i e n hatten zunächst eine zunehmende, dann eine abnehmende und dann wieder leicht ansteigende Tendenz, lagen in der letzten Gruppe jedoch noch deutlich unter der ersten.
Z w a n g s s y m p t o m e waren zwischen dem 3. und dem 10. Aufenthaltsjahr etwas seltener, die Häufigkeiten in den ersten beiden Jahren und nach dem 11. Jahr entsprachen sich.
Eine stetig und bis auf das dreifache des Ausgangswertes ansteigende Häufigkeit fand sich für "D e p r e s s i o n".
Gegenüber den obengenannten subjektiven Symptomen verhielten sich die objektiven wie folgt:
Spontanitätsarmut zeigte sich in allen Gruppen etwa gleich häufig.
Für das objektive Symptom "Depression" zeigte sich in der Gruppe mit 3- bis 5-jähriger Aufenthaltsdauer eine doppelt so hohe Häufigkeit wie in der ersten Gruppe, bei über 5-jähriger Aufenthaltsdauer entsprachen die Werte jedoch wieder der Ausgangsgruppe.
Eine mit zunehmender Aufenthaltsdauer stetig fallende Tendenz zeigte das objektive Symptom "Ängstlichkeit, Gespanntheit".

Es wurde nun versucht, die Anzahl der im Sozialfragebogen angegebenen Krankheiten mit verschiedenen Items des selben Fragebogens zu korrelieren.

Es wurden zwei Gruppen aufgestellt; die erste schloß alle diejenigen ein, die 5 oder mehr verschiedene Beschwerden, Schmerzen oder Krankheiten genannt hatten, während die zweite sich aus denjenigen zusammensetzte, die angegeben hatten, völlig gesund zu sein.

Zur ersten Gruppe zählten 6 Personen, 5 davon waren Frauen (83%).

In der zweiten Gruppe dagegen waren nur 3 der 8 Befragten (37,5%) Frauen.

Mit einer Ausnahme in der ersten Gruppe (einer der Befragten hatte eine abgeschlossene Lehre) waren alle Personen in den beiden Gruppen ohne Berufsausbildung. In der Gesamtgruppe waren dies dagegen nur 65%.

Arztbesuche waren in der ersten Gruppe naturgemäß häufig (durchschnittlich 9 im letzten halben Jahr). In der zweiten Gruppe lag der entsprechende Wert unter Vernachlässigung von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bei 0,5.

Die Zahl der mehrmaligen, länger als eine Woche dauernden Krankschreibungen lag jedoch auffälligerweise in der zweiten Gruppe mit 75% über der der ersten Gruppe.

In allen übrigen Items entsprachen beide Gruppen in etwa den Durchschnittswerten.

Jede der befragten Personen wies eine interessante Lebensgeschichte auf, die zum besseren Verständnis für die Pathogenität der Gastarbeitersituation führt. Es würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen, jede individuelle Geschichte wiederzugeben. Trotzdem möchte ich hier sechs Fälle skizzieren: zwei mit auffälliger, psychiatrischer Symptomatik (bei einem Summenscore im SPI unter 20), zwei Frauen, die einen hohen Summenscore erhalten hatten und deren diffuses, körperliches Beschwerdenbild charakteristisch ist für viele andere ausländische Arbeitnehmerinnen; ein Frührentner (nach Arbeitsunfall) und als letztes die Geschichte einer der Familien, mit denen ich auf Grund ihrer sozialen Problemen lange Zeit nach dem Interview in Kontakt geblieben bin.

II.8. FALLBEISPIELE

1) Herr M., ein 44-jähriger Gabelstaplerfahrer wirkt beim Interview ruhig und ausgeglichen, er ist sehr freundlich und offen. Ganz gelassen und mit Zustimmung seiner Frau und der drei Kinder erzählt er von der Gefahr, der italienische Arbeiter in der Bundesrepublik ausgesetzt seien. In der Zeitung habe gestanden, daß schon etliche Italiener mit dem Krankenwagen nach Italien zurückgeschickt worden seien: um sie loszuwerden seien sie erst hier krank gemacht und dann in die Heimat abgeschoben worden, um Arbeitsplätze für Deutsche freizumachen.

Seine Arbeitskollegen hätten auch schon oft versucht, ihn zu vergiften. Nach dem Essen in der Kantine habe er immer Kopfschmerzen und Übelkeit bekommen und unaufhaltsames Nasenbluten. Seither esse er ausschließlich die von zu Hause mitgebrachten Brote, und da er wegen

der vollen Kitteltaschen aufgezogen worden sei, müsse er sie jetzt mit dem Gabelstapler in den höchsten Regalen verstecken, wo keiner außer ihm hinkomme. Er holt dann eine verschlossene Bierflasche aus dem Schrank, das Beweisstück für die Vergiftungsversuche. Diese sei ihm von Arbeitskollegen angeboten worden, er habe aber bemerkt, daß ein Pulver darin enthalten sei (tatsächlich war in der Flasche ein trüber Bodensatz erkennbar). Auch seine Freunde seien mittlerweile in Gefahr, selbst die ihm wohlgesonnene deutsche Personalabteilungsangestellte sei kürzlich, nach einem Gespräch mit ihm, an einem Magenleiden erkrankt und liege nun im Krankenhaus. So meidet er jetzt jeden Kontakt mit Arbeitskollegen und Freunden aus Angst, sie dadurch in Gefahr zu bringen. Überhaupt sorge er sich nicht mehr um sich selbst, nur um seine Kinder.

Als ich ihn 3 Monate später traf, hatte er bereits die Stelle beim C&C gekündigt. Sein Essen sei dort nirgends mehr sicher gewesen, er habe wieder eine "Krise" gehabt, literweise sei ihm Flüssigkeit aus der Nase geflossen (dabei habe er keinen Schnupfen gehabt, bestätigt die Ehefrau). Diese Zwangsvorstellung bringt nun die Familie in erhebliche finanzielle Schwierigkeiten, denn er bekommt erstmal kein Arbeitslosengeld. Dies scheint ihn aber nicht sehr niederzuschlagen, er wirkt fröhlich und selbstsicher, er hat die Freizeit ausgenutzt um die Wohnung zu tapezieren und um sehr schöne Holzschränkchen zu bauen (Herr M. hatte in Italien eine Schreinerlehre gemacht, die aber in der Bundesrepublik nicht anerkannt wird). Weder er noch seine Familie zweifeln an der Vergiftungsgefahr, sie halten ihn auch nicht für sonderbar oder krank, er ist sogar die "Stütze der Familie",

der "beste Arzt für alle Leiden seiner Frau" die recht depressiv und kränklich ist. (Sie hat im SPI einen Summenscore von 23 im Gegensatz zu ihm, der knapp unter dem cut-off von 20 liegt).*

---

* Hierzu sei Herr Prof. H. Terzian, Direktor der Universitätsnervenklinik in Padua, zitiert, der in einem Interview an dem Corriere d'Italia vom 30.5.1974 aus seiner Erfahrung an einer Nervenklinik in Sardinien berichtet: ".... als häufigste Symptomatologie unter den vielen aus Deutschland und Belgien zurückgekehrten Emigranten ist Verfolgungswahn anzutreffen, manchmal auch grobe Regressionen zu kindlichen Verhaltensformen - aber häufiger ist die Verfolgung von seiten der Deutschen. Die empfundene Ablehnung erweitert sich zum Gefühl verfolgt zu werden, meistens durch Vergiften der Getränke.... Ablehnung und Ausnutzung als psychologisches Gift, was von den Kranken als echte toxische Stoffe wahrgenommen werden ..."
In der gleichen Zeitschrift berichtet am 30.6.75 Prof. Ballestrier von Untersuchungen an zurückgekehrten Emigranten in Apulien: "Es ist eine gewisse Häufigkeit an Verfolgungsideen zu verzeichnen, die entwickelt werden in Bezug auf die neue Umgebung .... aber es kommt häufig vor, daß ein Individuum im fremden Land dazu neigt, die Gespräche, die in der ihm unbekannten Sprache gehalten werden als auf seine Person bezogen interpretiert, und dies meist in einem sicher nicht gütigen Sinn ..."

2) Die wahren Zusammenhänge in der Geschichte von Herrn P., ein 45-jähriger Frührentner sind nicht bekannt, hier sei sie nach seiner Erzählung wiedergegeben: Bis vor einigen Jahren hat er ein glückliches Leben mit seiner Frau und den zwei Kindern geführt, war sehr zufrieden mit seiner Arbeit bei Siemens, wo er nach langjähriger Einarbeitung als Facharbeiter anerkannt wurde. Aber nach 16-jährigem Aufenthalt in der Bundesrepublik wurde er plötzlich von neuangekommenen jungen Türken abgelöst, die er hatte anlernen müssen, und wurde auf einen weniger qualifizierten und schlechter bezahlten Arbeitsplatz versetzt. Er habe sich nicht wehren können, sei "ein einfacher Mensch, nicht fähig gegen Ungerechtigkeiten zu protestieren", so habe er die Rückversetzung angenommen, habe aber immer an diese Ungerechtigkeit denken müssen, so daß er nicht mehr habe schlafen können, und öfters an Selbstmord gedacht hätte; wenn er den Vorarbeiter gesehen habe, "sei es ihm übel geworden, sei wie gelähmt". Nach ambulanter Behandlung mit Psychopharmaka fühlte er sich dann besser und war fähig, eine neue Arbeit anzufangen. Aber nach einem Jahr sei ihm auch bei BMW "eine Falle gestellt worden". Er habe plötzlich den Arbeitsplatz mit einem jüngeren Mitarbeiter tauschen müssen, ohne daß er weniger oder schlechter gearbeitet hätte. Das habe ihn wieder in eine tiefe Depression versetzt und er sei nicht mehr fähig gewesen zu arbeiten, zumindesten nicht in Deutschland, so daß er nach 18 Monaten Krankschreibung eine Rente habe beantragen müssen. Die verschiedenen vom Arzt verordneten Antidepressiva (er ist seit 2 Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung) nehme er regelmäßig ein, aber er glaube nicht, in Deutschland gesund werden zu können. Er wisse, es gäbe

verschiedene Orte mit "therapeutischer Luft", manche seien gut für die Leber, in anderen gäbe es "psychiatrische Luft". Ein Verwandter habe einen solchen Ort entdeckt nahe bei seinem Heimatort, aber er wolle erst von Deutschland weggehen, wenn alles mit der Rente geregelt sei, denn er müsse auch für die Kinder sorgen. Er kann sich auch vorstellen, in Italien zu arbeiten, da könne er sich besser ausdrücken und sich gegen Ungerechtigkeiten wehren.

Herr P. wirkt im Gespräch durchaus nicht depressiv. Er ist sehr lebhaft in der Darstellung seiner Geschichte, nicht klagend, nicht resigniert, Depression ist für ihn gleichbedeutend mit "Unfähigkeit zu arbeiten". Er langweilt sich aber nicht, geht viel im Stadtteil spazieren, hält sich meistens im Spielsalon auf, spielt aber selten und trinkt keinen Alkohol, schaut den anderen Landsmännern zu und unterhält sich, wenn er einen Freund trifft. (In Haidhausen gibt es verschiedene Spielsalons, aber die Italiener gehen alle in einen bestimmten Salon, während es andere gibt, wo Ausländer unerwünscht sind und wiederum andere, wo nur Jugoslawen verkehren). An manchen Tagen fühle er sich "wie ein Löwe", dann aber je nach Wetter sei er wieder "kraftloser".

Nach Darstellung seiner Frau war Herr P. bis vor drei - vier Jahren ein sehr tüchtiger und liebenswerter Mensch. Sie haben sich in München kennengelernt und sieben Jahre lang ein glückliches Familienleben geführt. Sie kann nicht verstehen was mit ihm passiert sei und weiss nicht, was das für eine Krankheit sein soll, er habe wohl einfach keine Lust mehr zu arbeiten. Sie hat auch nie mit dem Psychiater gesprochen oder sich sonstwie über diese Krankheit informiert.

Als Beispiel für die Frauen, die einen hohen Summenscore (in diesem Fall 28) erhielten auf Grund ihrer vielen, diffusen Beschwerden - wobei die psychisch bedingten somatischen Symptome, Erschöpfung, Schlafstörungen, Reizbarkeit und Depression im Vordergrund standen - möchte ich nun über die Frau P. berichten, eine 45-jährige, frühgealterte Frau, verheiratet, mit 4 Kindern.

3) Frau P. ist vor sieben Jahren mit ihrer Familie nach München gezogen, arbeitete erst als Schneiderin, wurde aber (angeblich aufgrund zu häufiger Krankmeldung) entlassen und macht zur Zeit einige Umänderungsarbeiten zu Hause. Sie ist sehr wenig integriert, ihre einzigen sozialen Beziehungen hält sie zu ihren Verwandten, die sie fast täglich sieht; sie sieht ihren Aufenthalt in Deutschland nur zum Zweck des Geldverdienens, um das Haus im Heimatort zu bezahlen und dorthin zurückzukehren. Auch ihr Mann ist sehr wenig integriert, er arbeitet auf dem Bau und spricht überhaupt kein Deutsch, nur sizilianischen Dialekt. Die Kinder dagegen sind bereits "aufgestiegen", einer der Söhne hat ein Esslokal eröffnet, wohnt noch bei den Eltern ist aber selten da und gibt zu Hause kein Geld ab.

Während des Interviews ist Frau P. sehr unruhig (trommelt ständig mit den Fingern), bezeichnet sich als sehr nervös und reizbar: sie ärgere sich über Kleinigkeiten und schreie dann ihren Mann an (der Mann macht einen eingeschüchterten, etwas einfältigen Eindruck, scheint alles der Frau zu überlassen.)

Sie berichtet, daß all ihre Beschwerden nach 4 Jahren Deutschlandaufenthalt angefangen hätten: sie sei damals an Magenulcus operiert worden, habe aber weiterhin Magenschmerzen und Übelkeit und sei

seitdem sehr zerfahren und unkonzentriert, sie denke oft daran krebskrank zu sein und sei sehr deprimiert, müsse oft ohne Grund weinen. Im letzten halben Jahr war sie 20 mal beim Hausarzt gewesen. Einige Beschwerden könnten ihrer Meinung nach jedoch auf die Wechseljahre zurückzuführen sein (Schweißausbrüche, Weinerlichkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen ...). Sie bezeichnet sich als sehr ängstlich, träume oft von Schlangen und schreie dann furchtbar auf.
Im Unterschied zu anderen interviewten Frauen mit ähnlichen Beschwerden wirkt sie aber nicht sehr niedergeschlagen, scheint den Haushalt energisch zu führen und sich auch im Beruf nichts gefallen zu lassen. So hat sie die Entlassung hingenommen und zieht es vor, in Heimarbeit zu nähen bis sie eine neue Arbeitsstelle gefunden hat, bei der man nicht so sehr ausgenützt wird: "für so eine Arbeit bin ich nicht bis nach Deutschland gereist, als Sklavin kann ich auch zu Hause arbeiten".
4) Frau S., 50 Jahre alt, verheiratet, 6 Kinder, lebt erst seit einem Jahr in Deutschland. Ihr Mann war 5 Jahre vorher mit einer Tochter ausgewandert, zwei Söhne und eine Tochter reisten später nach, während ihr die Entscheidung, ihr Dorf und ihre Arbeit (Tagelöhnerin in der Landwirtschaft) zu verlassen, sehr schwer fiel. Anfangs verbrachte sie nur einige Monate bei der Familie in München, beschloß dann aber doch mit der jüngsten Tochter zu emigrieren, "um die Familie zu vereinigen", und arbeitet nun als Putzhilfe. Sie kann sich aber garnicht dem neuen Leben anpassen, hat kein Deutsch gelernt und geht nie aus. Obwohl sie eine regelmäßige ärztliche Betreuung bräuchte (sie sei wegen unklaren Anfällen in Italien in nervenärztlicher Behandlung, außerdem habe sie ein Nierenleiden, Hypotonie, Gallenkoliken, HWS- und LWS-Syndrom, ein schwaches Herz und leide täglich unter Kopfschmerzen), ist sie in

München nie zum Arzt gegangen, sie geht lieber ein paar Mal im Jahr zur Kontrolle nach Italien. Trotzdem ist sie immer unter Leuten, da sie sehr warmherzig und gastfreundlich ist, haben sie immer viel Besuch, hauptsächlich Landsleute, Freunde der Kinder.
Frau S. wirkt sehr depressiv und leidend. Ihr hoher Summenscore (35) setzt sich hauptsächlich aus subjektiven Symptomen zusammen. Sie macht sich sehr viel Sorgen um die Kinder, kann ihre Mentalität nicht verstehen, ist leicht reizbar und wenn sie sie nicht ausreden lassen, dann fällt sie in Ohnmacht (erst sei sie beleidigt, es sei ihr zum Weinen zumute aber sie könne nicht, dann fange sie manchmal an, Selbstgespräche zu führen. Manchmal mache sie sich Vorwürfe, so zu sein, aber eigentlich seien die Anderen schuld an ihrem Zustand). Der bisher eindruckvollste Anfall sei - etwa ein Jahr vor dem Interview - durch eine Diskussion mit dem Sohn (der einmal außer Haus übernachtet hatte) ausgelöst worden: sie sei dann im Haus herumgelaufen wie eine Schlafwandlerin, habe vor sich hin gesprochen, aber sei nicht ansprechbar gewesen, berichteten die Nachbarn. Der Notarzt gab ihr eine Spritze, daraufhin habe sie ein paar Tage im "Dämmerzustand" im Bett verbracht. Sie könne sich an den Vorfall nicht erinnern, aber seitdem habe sich ihre Merk- und Konzentrationsfähigkeit sehr verschlechtert, auch die Schlafstörungen und die Erschöpfbarkeit hätten damit angefangen. Auch in diesem Fall ist es nicht möglich, allein durch die Aussagen der Befragten festzustellen, inwieweit auch organische Ursachen bei all ihren Leiden eine Rolle spielen. Sie leide seit längerer Zeit unter den Anfällen, sei auch deshalb bei einem Neurologen in Italien in Behandlung, diese hätten sich aber in Deutschland verschlimmert; überhaupt sei ihr Gesundheitszustand in der Heimat besser,

aber sie wolle den Mann und die Kinder nicht mehr alleine lassen. So hat Frau S. erst unter der langen Trennung von der Familie und der zunehmenden Entfremdung von ihren Kindern gelitten und dann unter der eigenen Entwurzelung von der Heimat.

5) Herr M., 57 Jahre alt, verheiratet, 3 Kinder, lebt seit 18 Jahren in München. Acht Jahre lang arbeitete er als Hilfsarbeiter auf dem Bau, seit 10 Jahren ist er 100% behindert aufgrund eines Arbeitsunfalls, bei dem er aus 7 Meter Höhe vom Gerüst fiel. Erst nach längerem Krankenhausaufenthalt wegen mehrfachem Wirbelbruch sei ein Fremdkörper in der Lunge festgestellt worden, so daß er sich drei Lungenoperationen habe unterziehen müssen. Nach einem Jahr Krankenhausaufenthalt wurde er mit starken Schmerzen und Dyspnoe entlassen unter denen er zum Zeitpunkt des Interviews noch litt. Er könne nichts mehr machen, sei sehr leicht erschöpft, so daß er fast den ganzen Tag zu Hause vor dem Fernsehen verbringe; eine Stunde am Tag gehe er alleine im Stadtteil spazieren, dann verbringe er täglich eine Stunde im Spielsalon. Diese Situation habe ihn in den ersten Jahren zum verzweifeln gebracht, er habe 30 Bierflaschen pro Tag getrunken und habe oft an Selbstmord gedacht, jetzt denke er nie mehr an den Tod und habe den Alkohol gänzlich aufgegeben. Auch seine Frau berichtet, daß er sehr streng seine Diät einhalte, seitdem bei ihm eine Altersdiabetes festgestellt worden sei. Medikamente nähme er nie ein, auch keine Schmerz- und Schlafmittel, "er wolle seiner Gesundheit nicht noch mehr schaden". Er denkt aber ständig über seine finanzielle Situation (seine Rente beträgt 280 DM, die Frau verdient 800 DM monatlich, die Miete für die alte, heruntergekommene Wohnung ohne Bad und mit Außentoilette beträgt 450 DM!) und über die unge-

rechte Rente nach, diese Zwangsgedanken und die Schmerzen liessen ihn nicht schlafen, tagsüber sei er dann sehr reizbar.
Er wolle sobald wie möglich mit der Familie nach Italien zurückkehren, erst müsse aber mit Hilfe des Rechtsanwaltes eine gerechte Rentenregelung getroffen werden, vorher könne er Deutschland nicht verlassen.
Herr M. wirkte anfangs sehr verschlossen, war während des Gesprächs mit seiner Frau sehr zurückhaltend und schien an einem eigenen Interview nicht interessiert zu sein; erst als er nach seiner Geschichte und seinen Beschwerden gefragt wurde, lebte er im Gespräch etwas auf. Auch sonst war er sehr isoliert, im Spielsalon schaute er meistens den anderen zu, italienische Nachbarn kamen nur manchmal zu ihnen zu Besuch. Seine Deutschkenntnisse bewertete er nach 18-jährigem Deutschlandaufenthalt mit schlecht.
Zwei Jahre nach dem Interview erfuhr ich von seiner Frau, daß Herr M. gestorben sei und daß sie noch auf das Ergebnis der Rentenverhandlungen warte, um dann in die Heimat zurückzukehren.
6) Als Letztes sei hier von Herrn M. berichtet, ein sehr herrischer, jähzorniger, 45-jähriger Maurer, der mit einem Summenscore von 9 genau im Durchschnitt liegt.
Mit 30 Jahren hatte Herr M. seinen Heimatort verlassen, nachdem er 1 1/2 Jahre im Gefängnis gewesen war, weil er zwei Polizisten verprügelt hatte. Die Familie folgte ihm wenig später.
Er hat keine Schulbildung, hat sich selber Lesen und Schreiben beigebracht. Seine schlechten Deutschkenntnisse kompensiert er mit schnellem, schlechtverständlichen Redefluß und ausdrucksvoller Gestik.

Er wohnt seit mehreren Jahren mit seiner Frau und fünf seiner Kinder in einer heruntergekommenen kleinen Wohnung, "die er als Maurer leicht renovieren könne, wolle aber dem Vermieter diesen Gefallen nicht tun".*

Herr M. ist äußerst gastfreundlich und großzügig, läßt jedesmal Kaffee und Liköre von der Tochter bringen und erzählt gern von sich. Gleichzeitig ist er auch sehr autoritär und fordernd, nach dem Interview erwartet er auch eine schnelle Lösung seiner sozialen Probleme. Außerhalb seines Hauses ist er dagegen ziemlich verloren, nur sehr ungerne kam er einmal mit seiner Frau in die Beratungsstelle wegen einer Mietangelegenheit, nachdem er mehrmals durch den Sohn nach mir rufen gelassen hatte.

Ein anderes Mal forderte er meine Unterstützung in einer Auseinandersetzung mit der Schulbehörde: er hatte eine Mahnung bekommen, weil seine 15-jährige berufstätige Tochter nicht die Berufsschule besuchte. Die Aufnahme in die Berufsschule war jedoch abgelehnt worden, weil das Mädchen kein Schulabschlußzeignis besaß. Die Eltern behaupteten, das Kind habe in Belgien (wo sie zwischendurch 2 Jahre wohnten) die Hauptschule abgeschlossen, habe aber kein Abschlußzeugnis erhalten. Nun ging es dem Vater nicht so sehr um diese bürokratischen Probleme, vielmehr war er empört über die Einmischung der deutschen Behörden in die Erziehung seiner Tochter. Er wolle sie nämlich nicht in die Berufsschule schicken, wo er sie nicht unter seiner Kontrolle hatte.

---

* Tatsächlich ist das Gebäude 2 Jahre später saniert worden und alle Bewohner wurden - trotz Einsatz der Mieterinitiative - gekündigt, da sie alle befristete Verträge hatten.

Sonst durfte das Mädchen nie alleine aus dem Haus gehen, sie machte sämtliche Hausarbeiten, pflegte die jüngeren Geschwister und arbeitete seit kurzem mit der Mutter in der Plastikfabrik; war die Mutter einmal krank, dann mußte das Kind auch zu Hause bleiben, um nicht den Weg zur Arbeit alleine zu gehen. Meine Versuche, mit der Tochter, die einen sehr unglücklichen Eindruck machte, alleine zu sprechen, schlugen fehl, der Vater kam immer mit, in die Beratungsstelle wie zu den Behörden.

So erfuhr ich erst einige Monate später vom aufgebrachten Vater (der glaubte, ich sei als einzige von der Tochter bereits informiert worden und deshalb wütend auf mich war) was geschehen war: das Mädchen war eines Tages von einem Freund des Vaters in deren Wohnung "vergewaltigt" worden (mit dem Versprechen, sie später zu entführen, wie sie mir später erzählte). Bis zum siebten Schwangerschaftsmonat hatte sie es fertiggebracht, durch Einschnüren des Bauches ihr Geheimnis zu halten, bis der Vater eines Tages Verdacht schöpfte und sie zwang, sich vor der ganzen Familie auszuziehen. Ab dem Zeitpunkt durfte das Mädchen das Haus nicht mehr verlassen, zur Entbindung wurde sie in eine Klinik in der Peripherie gebracht, das Kind sollte zur Adoption freigegeben werden. Als die italienische Familie, die dazu vorgesehen war, im letzten Moment absagte, wurde das Mädchen mit dem Neugeborenen in einer anderen Wohnung versteckt gehalten und durfte erst nach 3 Wochen "öffentlich" zurückkehren. Den Nachbarn wurde erzählt, sie sei in Italien gewesen und hätte das Kind der älteren Schwester mit zu den Eltern gebracht.

Die Geschichte wurde mir mit allen unschönen Details im aggressiven Ton erzählt, voller erniedrigenden Worten über die anwesende Tochter und Rachbezeugungen gegen den Mann, der "ihn" entehrt hatte. (Herr M. betonte, sich einen "Ehrendelikt" nicht leisten zu können, weil er für seine große Familie verantwortlich sei.)

Von der weinenden Tochter erfuhr ich dann, sie hätte das Kind unbedingt gewollt, in der Hoffnung auch, mit dem Mann dann fliehen zu können. Deshalb sei für sie ein Schwangerschaftsabbruch nicht in Frage gekommen.

Herr M. fühlte sich trotz allen Anstrengungen, das Geheimnis zu wahren, nicht mehr imstande, "erhobenen Hauptes" den Nachbarn zu begegnen und zog es vor, mit der ganzen Familie in eine andere deutsche Stadt zu ziehen.

III. D I S K U S S I O N

Entsprechend dem Ziel der Arbeit wurde mit dem SPI von GOLDBERG et al. versucht, das psychische Wohlbefinden bzw. psychische Störungen zu erfassen und zu quantifizieren. Wenn auch der subjektive Eindruck des Untersuchers von den jeweiligen Befragten weitgehend mit dem Score übereinzustimmen schien, so sind bei dieser Art der Erfassung doch einige methodische Schwierigkeiten und mögliche Fehler aufgefallen. Das SPI nach GOLDBERG ist auf keinen Fall dazu geeignet, akute Psychosen zuverlässig zu erfassen. Vielmehr erfaßt es Störungen und Krankheitsbilder, die mit einer gewissen Breite der Symptomatik einhergehen. Akute Krankheitszustände, die weitgehend monosymptomatisch verlaufen, können leicht unter dem vorgegebenen cut-off-Punkt, der einem Score von 20 entsprechen sollte, liegen. Die beiden Patienten, die eine psychiatrische Diagnose erhalten hatten, wiesen tatsächlich einen unter 20 liegenden Score auf.

Die größte Sensitivität scheint der Fragebogen im Vorfeld von manifesten Erkrankungen zu besitzen - er mißt die Summe der das psychische Wohlbefinden einschränkenden Faktoren, wobei mehr die Vielfalt als die hohe Ausprägung eines Einzelsymptoms den Score-Wert erhöht. Er stellt somit ein standardisiertes Symptomprofil dar, ein umgekehrt proportionales Maß für psychische Gesundheit, wobei gesagt werden muß, daß alle Versuche, diese objektiv und quantitativ durch standardisierte Fragebögen zu erfassen, schon vom Ansatz her nur Näherungswerte ergeben können. Trotz dieser grundsätzlichen Einschränkung läßt sich jedoch sagen, daß mit dem SPI aufgrund der gemessenen Items eine

Auswahl der für das psychische Wohlbefinden eines Individuums relevanten Faktoren erfaßt werden.

Nach COOPER (1981) liegt beim SPI nach GOLDBERG, das nicht für die Anwendung in der Klinik sondern in der Gemeinde vorgesehen ist, die Betonung hauptsächlich auf neurotischen und anderen nicht-psychiatrischen Symptomen und Auffälligkeiten.

WEYERER (1980) setzt sich mit Problemen der Sensitivität, Spezifität und Gesamteffizienz des Goldberg-Interviews auseinander, wobei er diese Begriffe ausschließlich auf eine psychiatrische Diagnose bezieht. Bei einem cut-off von 20 findet er eine Gesamteffizienz von 87%, eine Spezifität von 97% und eine Sensitivität von 50,3%, d.h. einer sehr geringen Anzahl von falsch positiven Ergebnissen steht eine hohe Anzahl von falsch negativen gegenüber. Bei Frauen fand Weyerer eine geringfügig höhere Sensitivität des Tests. In der vorliegenden Studie war die Differenz des bei Frauen um 48% höher liegenden Gesamtscores hauptsächlich auf die subjektiven Symptome zurückzuführen. Verschiedene Möglichkeiten, dies zu erklären, könnten dafür in Frage kommen:

1) Der weibliche Anteil der befragten Population war sicherlich aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede in Kommunikationsstruktur und Rollenverhalten eher als die männlichen Befragten dazu bereit, Symptome zuzugeben, besonders, wie hier, im Gespräch mit einem weiblichen Ansprechpartner. Möglicherweise ist dieses unterschiedliche Kommunikationsverhalten bei einer immer noch stark traditionalistisch geprägten Bevölkerung, wie es Süditaliener sind, noch stärker ausgeprägt als in mehr industrialisierten Gesellschaften. Der

Kontakt der Interviewerin war allgemein besser mit den weiblichen als mit den männlichen Befragten. Die Zuverlässigkeit der Aussagen wurde bei Frauen wesentlich höher eingeschätzt, der Mittelwert der Punkte für Gastfreundschaft lag um 23% höher. Interessant ist, daß das Item "Offenheit" bei Frauen durchschnittlich um 40% höhere Werte ergab, was sicherlich auch teilweise zu dem bei Frauen um 48% höheren Gesamtscore beitrug.

2) Ein weiterer Faktor ist in der speziellen Arbeitssituation zu suchen: Alle interviewten Frauen waren berufstätig, die Mehrzahl hatte einen Haushalt mit mehreren Kindern zu führen (durchschnittlich 5 Personen pro Haushalt). Die allen berufstätigen Frauen gemeinsame Doppelbelastung scheint bei Gastarbeiterfrauen besonders ausgeprägt zu sein: Während sich im Zuge der Industrialisierung und der Zunahme der Frauenbeschäftigung die Gesellschaftsstruktur auch in Italien verändert hat und die geschlechtsspezifischen Rollen im häuslichen Bereich weniger rigide aufgeteilt sind, ist dieser Wandel von den meisten Emigranten nicht mitvollzogen worden. In der eigenen, vertrauten Umgebung ist man eher bereit, bestimmte Gewohnheiten zusammen mit der übrigen Gemeinschaft (z.T. unbewußt) zu verändern. Von einer fremden, oft nicht akzeptierten und nicht verstandenen Gesellschaft nimmt man dagegen nur ungerne etwas an.* So bleibt den italienischen Frauen in Deutschland neben ihrem Beruf auch die volle Verantwortung für den Haushalt und die Kinder.

---

* Dies scheint der Grund dafür zu sein, daß viele Jugendliche, insbebesondere Mädchen, angaben, sich in Italien freier zu fühlen als in Deutschland. Beim Interview wurde - wie auch von in München tätigen italienischen Sozialarbeitern und Psychologen bestätigt - beobachtet,

3) SCHULDT (1979) analysierte in einer umfassenden Arbeit die pathogenen Faktoren typischer Frauenarbeitsplätze unter besonderer Berücksichtigung von Ausländerinnen: Auch aus den Aussagen deutscher Kolleginnen ging hervor, daß "die Gastarbeiterinnen in den untersuchten Betrieben die körperlich und psychisch anstrengensten Arbeiten verrichteten". Zu den besonderern Belastungen, der die ausländischen Arbeiterinnen ausgesetzt seien, zählt sie unter anderem auch die diskriminierende Behandlung, die sie anhand von zahlreichen Beispielen belegt.

Auch DILLING und WEYERER (1980) fanden doppelt so viele behandlungsbedürftige Frauen wie Männer bei 68 interviewten Ausländern. Bei der Gesamtgruppe (1535 Probanden aus allen sozialen Schichten und Berufen) stellten die Autoren bei Frauen, älteren Probanden und Unterschichtsangehörigen eine "geringfügig höhere Bereitschaft, Symptome zuzugeben" fest, sie führten aber die stärkere Symptomausprägung bei diesen Gruppen zum Teil darauf zurück, daß die Angehörigen dieser Untergruppen zusätzlich zu den neurotischen Störungen häufiger auch an einer organischen Erkrankung leiden, die ihrerseits den psychischen Status beeinflussen kann.

---

daß Jugendliche, insbesondere aber Mädchen, von ihren italienischen Eltern in Deutschland strenger und traditioneller erzogen werden als dies bei ihren Verwandten im Heimatdorf der Fall ist. Die Probleme der zweiten Gastarbeitergeneration, die zum Teil während des Interviews deutlich wurden, würden den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen.

4) Auf die besonderen Schwierigkeiten der Frauen, sich dem Leben in der deutschen Großstadt anzupassen wurde in Kapitel II im Zusammenhang mit den Rückkehrwünschen der Befragten hingewiesen.
Die drei letztgenannten Faktoren könnten die höhere Erkrankungshäufigkeit (besonders an psychosomatischen Krankheiten), den höheren Krankenstand ausländischer Frauen sowie den höheren Gesamtscore weiblicher Probanden im SPI erklären.
Der Vergleich mit der Studie von DILLING und WEYERER (1980), bei der eine große Population unter anderem mit dem SPI nach GOLDBERG interviewt wurde, ist nur bedingt möglich, da es sich dabei um einen Querschnitt durch die ganze Bevölkerung handelt, wobei alle Altersgruppen und sozialen Schichten miterfaßt wurden. Bei dieser Arbeit zeigt es sich, daß behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen um so häufiger sind, je niedriger die soziale Schicht und die berufliche Stellung ist, wobei bei der Gruppe der ungelernten Arbeiter die Häufigkeit psychischer Störungen die weitaus höchste ist. So ist auch in der vorliegenden Studie, mit der vorwiegend ungelernte Hilfsarbeiter - nach der auch von DILLING und WEYERER benutzten Einteilung der sozialen Schichten von MOORE und KLEINING (1960) Angehörige der unteren Unterschicht - erfaßt wurden, ein wesentlich höherer Anteil an psychischen Störungen gefunden worden.
Vergleicht man aber doch die Ergebnisse aus beiden Studien, so ergibt sich, daß die subjektiven Symptome bei den italienischen Gastarbeitern sehr viel höher liegen (siehe Tabelle Nr. 2 im Anhang). Besonders eindrucksvoll ist der hohe Prozentsatz (50,82%) an Italienern, die ihre Reizbarkeit mit "2" oder höher bewerteten im Gegensatz zu 12,3% aus der Vergleichsstudie. Auch ausgeprägte Zwangs-

symptome liegen in der eigenen Untersuchung mit 25,23% gegenüber 3,9% wesentlich höher.

Es soll nun noch auf den Punkt "K ö r p e r l i c h e S y m p t o m e" eingegangen werden, die von den Haidhausener Italienern wesentlich häufiger angegeben wurden (bei Aufsummierung der einzelnen Ausprägungsstärken 62,6% gegenüber 33,4% in der Vergleichsstudie). Im Vordergrund standen hierbei Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenk- und Gliederschmerzen, Oberbauchbeschwerden und Herzbeschwerden. Dies könnte Ausdruck einer kulturell bedingten und von zahlreichen Autoren beschriebenen Neigung sein, psychische Inhalte wie Depressionen und psychische Spannungen in somatische Bereiche zu verlagern. Einige Quellen hierzu wurden bereits in der Literaturübersicht zitiert. Psychosomatische Beschwerden wären hier also von vornherein in einem anderen Kontext zu sehen.

Gewertet wurden in der Untersuchung alle somatischen Symptome, die ganz oder teilweise durch psychische Faktoren erklärbar schienen. Einbezogen wurden auch alle Symptome, die durch solche Faktoren verlängert wurden, sowie solche, die als primär psychogen gelten. Nach der Anleitung zum Gebrauch des SPI werden hier hauptsächlich körperliche Manifestationen von Angst und Depression (insbesondere vegetative Symptome) sowie hypochondrische Beschwerden gewertet. Es liegen zahlreiche weitere Untersuchungen vor, nach denen funktionelle Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern sehr viel öfter vorkommen als in Vergleichsgruppen (MASCARELL et al. 1972, FRIESSEM 1972, VILLA 1960). Allerdings handelt es sich in diesen Untersuchungen um schwer miteinander vergleichbare Gruppen (ausländische Patienten wurden ohne Berücksichtigung von Berufs- und Schichtzugehörigkeit mit

allen einheimischen Patienten der gleichen Nervenklinik verglichen). Andere Autoren fanden ebenfalls einen hohen Anteil psychosomatischer Beschwerden unter den ausländischen Arbeitnehmern, wobei bei allen gastrointestinale Beschwerden, Kopf- und Gliederschmerzen sowie Schwindelgefühle im Vordergrund standen (BINGEMER 1970, MASCHERPA 1974).

Als Vergleich zu diesen Ergebnissen könnte dagegen die Untersuchung von K. BÖKER (1971) herangezogen werden, der den Gesundheitszustand westdeutscher Arbeiter anhand der Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Krankenkassen analysierte. Auch er fand einen hohen Prozentsatz an funktionellen Störungen, insbesondere Gastrointestinalbeschwerden und Krankheiten des Bewegungsapparates. Neben Gründen wie Erkältungskrankheiten und Unfällen sah er hierin die Hauptursache für Arbeitsunfähigkeit bei westdeutschen Arbeitern. Er kommt aber zu dem Schluß, "daß diese Krankheiten keineswegs ausschließlich aufgrund von psychologischen Phänomenen entstehen, sondern ebenso durch die ganz konkreten Belastungen des arbeitenden Menschen durch die körperliche Arbeit selbst hervorgerufen werden, also Verschleißerkrankungen sind." (BÖKER, 1971). Außerdem fand er, daß "der Krankenstand weiterhin abhängig vom Ausbildungsstand der Belegschaft ist; hoher Ausbildungsstand geht mit niedrigem Krankenstand einher ..." (Spezialfacharbeiter: 16 Gesamt-Arbeitsunfähigkeitstage pro Person pro Jahr; ungelernter Arbeiter 33,8 Tage pro Jahr).

ÖZEK (1973), der türkische Gastarbeiter in Abständen nachuntersuchte, fand eine Häufung depressiver Syndrome in den ersten drei Monaten ihres Aufenthaltes, später aber eine Zunahme psychischer Auffälligkeiten mit einem Symptomwandel von depressiven Störungen hin zu

Organfunktionsstörungen psychosomatischer Natur.

Bei den objektiven ist im Gegensatz zu den subjektiven Symptomen beim Vergleich mit der Studie von DILLING und WEYERER (1980) eine eher gegenteilige Tendenz festzustellen: Mit Ausnahme der Items Spontaneitätsarmut und Depression, bei denen die Vergleichsgruppe nur leicht über der italienischen Gruppe lag, war die Häufigkeit der festgestellten Symptome bei der Vergleichsgruppe sehr viel höher.

Möglicherweise ist diese abweichende Einschätzung der Symptome auch teilweise durch Subjektivität bei der Beobachtung bedingt: Im Gespräch wurde auf die subjektiven Symptome sehr eingegangen, während im objektiven Teil die Probanden meist als normal eingeschätzt wurden, so z.B. auch in Fällen, in denen ein deutscher Interviewer eher von "demonstrativ" oder "gehoben" gesprochen hätte.

Leider liegt zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Aufschlüsselung nach einzelnen Symptomen für die 68 Ausländer unter den 1535 Befragten dieser Studie vor.

Beim Vergleich der 68 Ausländer (66 Jugoslawen und 2 Italiener) mit den 61 Italienern der vorliegenden Studie lassen sich mit den bisher erhaltenen Werten folgende Angaben machen:

Die Geschlechtsverteilung ist in beiden Studien etwa gleich, der Anteil derer, die der oberen Unterschicht angehören, ist in der DILLING und WEYERER Studie etwas höher. Der Gesamtsummenscore ist in beiden Gruppen etwa gleich, die subjektiven Symptome liegen jedoch mit durchschnittlich 4,0 Score-Punkten gegenüber 7,57 in der vorliegenden Arbeit deutlich niedriger. Die objektiven Symptome dagegen sind in der DILLING und WEYERER Studie mit 2,7 Score-Punkten fast dreimal so hoch.

In beiden Gruppen war je eine Person momentan in psychiatrischer Behandlung, in der Vergleichsstudie waren drei weitere früher in ambulanter psychiatrischer Behandlung gewesen. Von 68 Personen wurden 7 Männer und 14 Frauen aufgrund ihrer psychiatrischen Symptomatik als behandlungsbedürftig eingeschätzt, in der vorliegenden Arbeit war dies nur bei zwei Männern und einer Frau der Fall, wobei hier aber sicherlich eine subjektiv unterschiedliche Bewertung mitspielt. Gegenüber 11,5% in der vorliegenden Arbeit lagen in der Vergleichsstudie 20% über dem cut-off von 20.

Beim Vergleich der beiden Gruppen mit Score über 20 und Score = 0 waren Frauen entsprechend ihres gegenüber Männern höheren durchschnittlichen Scores repräsentiert: Einem sehr geringen Anteil von Frauen in der Score = 0 Gruppe (16%) steht ein hoher in der Gruppe mit Score über 20 (72%) gegenüber. Auffällig war auch, daß diejenigen mit Score über 20 eher seltener den Arbeitsplatz wechselten, daß sie wesentlich häufiger in die Kirche gingen (57% gegenüber 0%), daß sie sehr viel häufiger Kontakte zu Verwandten und Nachbarn, aber sehr viel seltener Kontakte zu Bekannten, Arbeitskollegen, anderen Italienern, anderen Ausländern und Deutschen hatten.
Dies läßt Schlüsse auf die gemeinsame Struktur dieser Gruppe zu: Sie haben mehr Kontakte in der Nähe, in einem festen, vertrauten Personenkreis und neigen mehr als andere dazu, sich in durch Tradition, familiäre Bande oder äußerliche Umstände vorgegebenen Bahnen zu bewegen. Erstaunlich ist, daß in den beiden unterschiedlichen Gruppen, abweichend vom Gesamtdurchschnitt, fast niemand über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügte, das Netto-Haushaltseinkommen jedoch überdurchschnittlich hoch lag.

Interessant ist auch, daß in der Score = 0 Gruppe 84% schon mit der Familie in die Bundesrepublik eingereist waren, während dieser Prozentsatz in der Score über 20 Gruppe und im Gesamtdurchschnitt wesentlich niedriger lag. Zwei Thesen sind hierzu denkbar:

1) Im Sinne einer Präselektion sind es eher die psychisch Stabileren, die schon mit Ehefrau und Familie auswandern.

2) Dem nicht-alleine-Auswandern bzw. der Tatsache, im Ausland gleich von Anfang an mit der Familie zusammen zu sein, kommt eine protektive Wirkung vor psychopathogenen Faktoren zu.

Aus den Untersuchungen von BRAUN (1970) über die M o t i v e d e r A u s w a n d e r u n g bei italienischen Gastarbeitern in der Schweiz geht hervor, daß vor allem Armut und Not den Anstoß gaben, Italien zu verlassen und in der Fremde eine Existenzmöglichkeit aufzubauen. 40% der 343 Befragten gaben das Unvermögen, in der Heimat ein Auskommen zu finden als Hauptmotiv an, 25% nannten andere finanzielle Gründe. Wenn es sich hier auch um Existenzsorgen handelte, so wirkte andererseits doch auch das Lohngefälle zwischen der Schweiz und Italien als Sogkraft. Im Vergleich dazu gaben in der vorliegenden Untersuchung 46% an, ausgewandert zu sein, um zu ihren Verwandten, meist dem Ehemann oder den Eltern, zu ziehen, während insgesamt nur 44% finanzielle Not als Grund angaben. Für 6 Personen bedeutete die Emigration Ausbruch aus der sozialen Kontrolle.

Dabei sind zwei wesentliche Punkte anzumerken:

1) Brauns Untersuchung ist 10 Jahre älter und geht damit von anderen wirtschaftlichen Voraussetzungen aus.

2) In der Schweiz als Nicht-EWG-Land waren die Einwanderungsbestimmungen wesentlich strenger, so daß sich dort der in Haidhausen häufig gefundene Grund, zu den Verwandten zu ziehen, kaum fand.

Bemerkenswert ist, daß von den 61 befragten Arbeitern nur 5 (8,2%) den A r b e i t s p l a t z einmal pro Jahr oder öfter g e w e c h s e l t hatten, wobei die Aufenthaltsdauer in diesen Fällen unter 3 Jahren lag. Die übrigen 91,2% hatten im Schnitt 0,25 Arbeitswechsel pro Aufenthaltsjahr. Zum Vergleich sei ZÖLLNER (1966), damals Oberdirektor der Bundesanstalt für Arbeit in Nürnberg zitiert:

" Wir haben bei einer Repräsentativerhebung festgestellt, daß jeder fünfte Ausländer mindestens einmal im Jahr den Arbeitsplatz wechselt - ein gewisser Teil dieser 20% zwei- bis dreimal -, während das bei den Deutschen nur etwa ein Zehntel tun. Die Italiener, die nach der Volksmeinung am stärksten wechseln, liegen keineswegs an der Spitze. Sie haben 22% Fluktuation, etwa wie die Spanier, während bei Griechen, Türken und Jugoslawen etwa 30% jedes Jahr den Arbeitsplatz wechseln. Man muß aber bei der Fluktuation der Ausländer folgendes berücksichtigen. Es fluktuieren im allgemeinen Arbeiter eher als Angestellte, Nichtfacharbeiter eher als Facharbeiter, Jüngere wechseln den Arbeitsplatz häufiger als Ältere und Ledige häufiger als Verheiratete. Bei den Ausländern kommen alle diese Faktoren zusammen: es sind jüngere, meist ledige bzw. lediggehende, nichtgelernte Arbeiter. Schon von diesen Faktoren her ist also ein besonders starker Anteil an der Fluktuation erklärlich.

In den Branchen mit besonders starker Fluktuation, etwa im Baugewerbe, wo es eine starke Fluktuation auch bei den deutschen Arbeitskräften gibt, sind die Ausländer stark beteiligt; aber hier liegen die Prozentzahlen doch näher beieinander."

Die besonders niedrige Fluktuationsrate bei den Befragten, die ja zum größten Teil Nicht-Facharbeiter sind, könnte auf die verhältnismäßig günstigen Bedingungen, die diese ausgewählte Gruppe charakterisieren, zurückgeführt werden:

1. Es handelt sich hier nur um Personen, die gemäß den Voraussetzungen für die Studie mit der Familie zusammenleben.

2. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist verhältnismäßig lang (8,09 Jahre). Vergleicht man die Aufenthaltsdauer der Italiener im gesamten Stadtbereich Münchens mit den befragten Haidhauser Italienern, so ergibt sich, daß die Aufenthaltsdauer von 41,6% der Italiener Gesamtmünchens jedoch nur von 24,6% der Haidhauser Italiener 1 bis 4 Jahre beträgt, daß die bei 30,5% der Italiener Münchens im Vergleich zu 41% bei der befragten Gruppe 5 bis 10 Jahre beträgt und bei nur 27,9% der Italiener in München im Gegensatz zu 33,4% der befragten italienischen Arbeiter in Haidhausen über 10 Jahre beträgt. (STATISTISCHES LANDESAMT MÜNCHEN 1981)

Von den 61 Befragten waren 94,7% Arbeiter, 3,28% Angestellte und 1,64% Auszubildende. Dies entspricht in etwa den Zahlen des FORSCHUNGSBERICHTES NR. 50 DER FRIEDRICH EBERT STIFTUNG (1980). Nach diesem sind 92,3% der ausländischen Arbeitnehmer Arbeiter, 6,1% Angestellte und 1,5% Auszubildende. Allerdings sind nach dieser

Statistik 25,5% der Arbeiter Meister, Vorarbeiter oder Facharbeiter, 43,6% angelernte Arbeiter und 30,8% ungelernte Arbeiter, in dieser Befragung waren dagegen 73,5% der Gesamtgruppe Hilfsarbeiter, 10,3% angelernte Arbeiter und nur 3,4% Facharbeiter.

Weiterhin geht aus einer Statistik der BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT von 1981 hervor, daß der Anteil der ausländischen Arbeitnehmer 1981 in Gießereibetrieben 27,7%, in der Kunststoff- und Textilverarbeitung 20%, in der Eisen- und Stahlerzeugung 15,5% und im Bergbau, Schiffsbau und im Baugewerbe 13% beträgt. Auch in der Krankenpflege, der Gaststättenbranche und im Reinigungssektor ist der Ausländeranteil hoch.

Der speziellen Struktur des Wohngebiets entsprechend waren die Befragten zum großen Teil in kleinen Betrieben Haidhausens beschäftigt (Druckerei, Strickerei, Plastikfabrik etc.), eine geringere Anzahl in der Großindustrie. Auch für diese Betriebe trifft weitgehend die Aussage des Informationsdienstes der deutschen Wirtschaft zu (SCHULDT 1979): In einigen industriellen Fertigungsbereichen sind sogar fast nur Ausländer beschäftigt: Es handelt sich dabei in erster Linie um Tätigkeiten, die durch spezielle Arbeitsbedingungen, wie Hitze, Lärm und Staub gekennzeichnet sind: Serienproduktion, Tätigkeiten mit hohen physischen Belastungen, ungünstige Arbeitszeiten und niedriges Sozialprestige. Von den Befragten waren 14,7% als Putz- und Küchenhilfen beschäftigt. 13,1% arbeiteten im Baugewerbe.

Etwas höher als bei der Gesamtzahl der Ausländer liegt bei den Befragten der Anteil an Haushalten mit niedrigen N e t t o e i n k o m m e n. Nach obengenannter Statistik der FRIEDRICH EBER STIFTUNG (1980) verfügen 4,7% der Haushalte ausländischer Arbeitnehmer über

ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von unter 1200 DM, dagegen waren dies bei der befragten Gruppe 8,2%. Wegen der unterschiedlichen Aufteilung etwas schwieriger zu vergleichen sind die übrigen Einkommensstufen. 20,4%.erreichen zwischen 1200 und 1800 DM, 24,9% zwischen 1800 und 2500 DM und 20,2% zwischen 2500 und 3000 DM und 29,5% über 3000 DM. In der vorliegenden Population verdienten 11,4% zwischen 1200 und 1500 DM, 13% zwischen 1500 und 2000 DM und 60,6% über 2000 DM. Von der niedrigen Einkommensgruppe abgesehen scheinen sich die Zahlen weitgehend zu entsprechen.

Bezüglich der D e u t s c h k e n n t n i s s e gibt die obengenannte Statistik an, daß 20% der Ausländer kein Deutsch sprechen. In der befragten Gruppe ist es nur eine Person von 61, wobei zu bedenken ist, daß ein mindestens einjähriger Aufenthalt in der Bundesrepublik eine der Auswahlbedingungen für das Interview war. Nach dem FORSCHUNGSBERICHT DER FRIEDRICH EBERT STIFTUNG bewerteten 31,9% ihre Deutschkenntnisse als sehr gut oder gut, 51,7% als mittelmäßig und 16,5% als schlecht oder sehr schlecht. In der vorliegenden Studie bewerteten 13,8% der befragten Italiener ihre Deutschkenntnisse als gut, 60,6% als mittelmäßig und 25,4% als schlecht.

DJUNDJA (1979) fand in seiner Befragung an jugoslawischen Gastarbeitern in Österreich, daß 54,3% der befragten Gastarbeiter rückblickend die Sprachschwierigkeiten als das Hauptproblem zu Anfang ihres Auslandsaufenthaltes sahen. Noch zum Befragungszeitpunkt waren für 16,2% die Sprachschwierigkeiten das Hauptproblem ihres Lebens im Ausland. 8,2% gaben an, die deutsche Sprache gut, 82% sie ausreichend und 9,8% sie nur schlecht zu beherrschen.

Die Auswirkungen von schlechten Sprachkenntnissen sind in zahlreichen Arbeiten untersucht worden:

HOFFMANN NOWOTNY (1973) fand eine hochsignifikante Korrelation zwischen Deutschkenntnissen und beruflicher Stellung, wobei vor allem in den unteren Berufsgruppen ein sehr niedriger Prozentsatz an gut deutschsprechenden Arbeitern zu finden war.

BINGEMER (1972) verweist in einer umfangreichen Untersuchung an Gastarbeitern in Köln auf die psychischen Auswirkungen von Sprachproblemen: Die zwischenmenschliche Kommunikation bleibt blockiert und damit ein Hauptweg versperrt, auf dem Affekte verbal oder quasi verbal abgeleitet werden können. Die somit eingedämmten Affekte drängen zu Ausbrüchen, die sich:

1. in Fehlhandlungen als Unfälle manifestieren
2. in explosiver Aggressivität als Kriminalität
3. in Perversionen als Wiederkehr infantiler Sexualität und
4. in Depressionen, Verwirrtheit und somatischen Symptomen zeigen.

STRAUBE (1974) fand bei der Untersuchung der Aufnahmen eines psychiatrischen Krankenhauses, daß Patienten mit der Diagnose "abnorme Erlebnisreaktion" häufig mangelnde Deutschkenntnisse aufwiesen, während sich unter der Diagnose "reaktive depressive Verstimmung" mehr Patienten mit guten Deutschkenntnissen fanden. Diejenigen, die durch das Bayerische Verwahrungsgesetz eingewiesen wurden, hatten größtenteils nur schlechte Deutschkenntnisse. Das gleiche gilt für 12 von 15 Patienten, die bei einer nicht psychiatrischen stationären Behandlung psychisch auffällig geworden waren und sich daraufhin in psychiatrische Behandlung begeben mußten. STRAUBE nimmt an, daß diese Patienten aufgrund der Kommunikationsschwierigkeiten ihre Krankheit

nicht im notwendigen Maße mitteilen konnten. Der prozentuale Anteil an Gastarbeitern, die zwangseingewiesen worden waren, sei höher als der der deutschen Patienten.

Auch in der vorliegenden Untersuchung wurde versucht, mögliche Zusammenhänge zwischen Sprachkenntnissen und psychischem Befinden herauszuarbeiten. Wie bereits angegeben lag der mittlere Summenscore in der Gruppe mit schlechten Deutschkenntnissen etwas über dem Gesamtdurchschnitt, wobei die subjektiven und die objektiven Symptome etwa gleiche Anteile an der Differenz hatten. Die Selbsteinstufung als "sehr nervös" fand sich fast dreimal so häufig in der Gruppe mit schlechten Sprachkenntnissen als in der Gesamtgruppe. Ebenso war der Anteil an Personen, die als depressiv eingestuft worden waren, in dieser Gruppe höher als in der Gesamtgruppe. Es fand sich in dieser Gruppe auch eine Häufung von Zwangssymptomen. Die Anzahl der Arztbesuche lag hier über dem Durchschnitt, Gliederschmerzen kamen fast doppelt so oft vor.

Bei der Analyse der Personen, die unter starken, quälenden Ängsten litten, fand sich ebenfalls eine Häufung des Items "schlechte Deutschkenntnisse".

Auch in der Geschichte der zwei psychiatrisch auffälligen Personen spielen Sprachschwierigkeiten eine sehr wichtige Rolle: Herr M. verarbeitet seine Kontaktschwierigkeiten mit den Arbeitskollegen zu Feindlichkeit ihrerseits, ihre Unterhaltungen, an denen er aufgrund mangelnder sprachlicher Gewandtheit nicht teilnehmen kann, empfindet er als gegen ihn gerichtete Komplotte. Schließlich entzieht er sich dem Umgang mit den Arbeitskollegen vollständig, "um der Vergiftungs-

gefahr zu entkommen" - vielleicht aber auch, um dem Kommunikationsproblem aus dem Weg zu gehen. Aus weiteren Gesprächen ging auch seine Überzeugung hervor, als Italiener unter anderem aufgrund von Sprachbarrieren in rechtlichen Angelegenheiten immer benachteiligt zu sein. (Es war für ihn eine große Genugtuung, als seine Frau einen arbeitsrechtlichen Prozeß gewann, und mit 300 DM für die ungerechte Entlassung entschädigt wurde.)
Auch Herr P. schildert sehr eingehend seine Machtlosigkeit gegenüber der ihm widerfahrenen Ungerechtigkeit: Am Arbeitsplatz fehlten ihm oft die Worte um sich zu wehren, - wenn er den Vorarbeiter sah, war er wie gelähmt, seine Sprachlosigkeit machte ihn unfähig, weiterzuarbeiten, der Gedanke an das, was er nicht hatte sagen können, ließ ihn nicht mehr los.

Die Verteilung verschiedener Items nach unterschiedlicher A u f e n t h a l t s d a u e r in der Bundesrepublik wies einige Auffälligkeiten auf: In der Gruppe derjenigen, die am längsten (über 10 Jahre) in der Bundesrepublik waren, fand sich ein wesentlich höherer Durchschnittsscore, auch waren Personen mit ausgesprochen seltenen Kontakten hier sehr viel häufiger.
Die mittleren Score-Werte für die subjektiven Items Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Nervosität und in besonderem Maße auch Depression lagen in dieser Gruppe am höchsten.
Übermäßiges Interesse an der eigenen Gesundheit war in der Gruppe mit Aufenthaltsdauer über 10 Jahre dreimal häufiger als bei denen, die erst ein bis zwei Jahre in der Bundesrepublik waren. Bei den bisher

genannten Items war überwiegend folgende Abhängigkeit von unterschiedlicher Aufenthaltsdauer festzustellen: Die mittlere Ausprägungshäufigkeit entsprach in den ersten zwei Jahren etwa dem Gesamtdurchschnitt, lag in den folgenden drei Jahren etwas höher, war zwischen dem 5. und dem 10. Aufenthaltsjahr am niedrigsten und erreichte den höchsten Wert nach mehr als 10 Aufenthaltsjahren.

Andere Symptome zeigten mit zunehmender Aufenthaltsdauer eine sinkende Tendenz. Dazu zählten die subjektiven Symptome Konzentrationsverlust, Angst, Phobien sowie das objektive Symptom Ängstlichkeit, Gespanntheit.

Zwangsgedanken sowie die objektiven Symptome Spontanitätsarmut und Depression variierten mit unterschiedlicher Aufenthaltsdauer kaum. Suizidgedanken fanden sich fast nur in den ersten beiden oder aber nach 10 Aufenthaltsjahren.

Die übrigen Symptome kamen zu selten vor, um eine Tendenz festzustellen. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß mit zunehmender Aufenthaltsdauer die Mehrzahl der subjektiven Symptome angestiegen waren, wobei dies alles Symptome waren, die in ihrer Gesamtheit für ein Erschöpfungs- oder depressives Syndrom sprechen könnten. Dagegen waren die neurotischen Symptome in etwa gleich geblieben oder leicht abgefallen, psychotische Symptome waren zu selten gewesen, um eine Tendenz festzustellen.

Die Tatsache, daß die Symptome mehr im subjektiven Bereich des Betroffenen als objektiv für den Beobachter spürbar wurden, legt den Schluß nahe, daß es sich hier um chronische Belastungen handelt, die auch als solche erlebt werden, aber so weitgehend kompensiert werden, daß sie nicht zu Verhaltensauffälligkeiten geführt haben.

In der Untersuchung von STRAUBE (1974) finden sich einige parallele Ergebnisse zur vorliegenden Arbeit. STRAUBE beobachtete eine höhere Erkrankungshäufigkeit bei Ledigen und Alleinlebenden in den ersten Aufenthaltsjahren. In der vorliegenden Untersuchung fand sich allgemein ein höherer Score für diejenigen, die ohne Familie in die Bundesrepublik gekommen waren. Sie fand eine Häufung von Erkrankungen nach einem und nach drei Jahren, während in der eigenen Untersuchung eine Häufung zwischen dem 3. und dem 5. Aufenthaltsjahr sowie ein Gipfel nach dem 10. Jahr zu beobachten war. Die von STRAUBE gefundene Häufung von reaktiven Psychosen und abnormen Erlebnisreaktionen im ersten Jahr konnte nicht bestätigt werden, da nur Personen, die schon ein Jahr in der Bundesrepublik waren, zur Untersuchung herangezogen wurden.

DJUNDJA (1979) fand in einer Untersuchung an jugoslawischen psychiatrischen Patienten ebenfalls die höchste Erkrankungshäufigkeit am Anfang des Aufenthaltes, wobei er übereinstimmend mit STRAUBE hauptsächlich "psychogene Reaktionen" (z.B. Erregungszustand, Verwirrung, paranoide Ideen) beobachtete. Er fand psychosomatische Störungen und Depressionen zwischen dem 3. und dem 5. Aufenthaltsjahr gehäuft, was auch der vorliegenden Studie entspricht, wobei sich hier jedoch ein noch höherer Wert für diese Symptome nach dem 10. Aufenthaltsjahr ergab.

Die von DJUNDJA (1979) gefundene Häufung von Psychoneurosen und Suizidversuchen zwischen dem 5. und 8. Aufenthaltsjahr konnte nicht bestätigt werden, Suizidgedanken traten nach eigenen Beobachtungen fast nur in den ersten beiden sowie nach 10 Aufenthaltsjahren auf.

Auch die von beiden obengenannten Autoren gefundenen pathologischen Alkoholreaktionen, die nach 8 oder mehr Jahren auftraten, konnten nicht festgestellt werden, möglicherweise entsprechen sie jedoch dem in dieser Studie gefundenen und etwa zur gleichen Zeit aufgetretenen Erschöpfungs- und Depressionssyndrom. Alkoholprobleme wurden expressis verbis nur in einem Falle angegeben.

Beide genannten Autoren führten jedoch ihre Untersuchung anhand von Krankengeschichten psychiatrischer Patienten durch und bezogen sich auf manifeste Erkrankungen mit überwiegend stationärer Behandlung während die vorliegende Untersuchung sich auf einzelne subjektive und objektive Symptome bezieht und sich somit mit dem Vorfeld manifester Erkrankungen befaßt. Dadurch sind die obengenannten Untersuchungen mit der eigenen nur bedingt vergleichbar.

III.1. KRITIK AN DER UNTERSUCHUNG

Abschließend soll vor der zusammenfassenden Bewertung noch kurz kritisch zur Methodik der Zusammenstellung der Ergebnisse Stellung genommen werden. Dabei ist zu beachten, daß bei der geringen Zahl der Befragten (n = 61) die statistische Auswertung nur beschränkt möglich ist. Schon aus diesem Grund konnte die Studie nur einen Pilotcharakter haben.

Eine weitere Problematik stellt die Untersuchungssituation mit der Verwendung halbstandardisierter Erhebungsbögen dar. Oft hatte die Untersucherin das Gefühl, daß die Antwort nicht die komplexe innere Wirklichkeit der Befragten wiederspiegelte. So ergaben sich manchmal später im Gespräch mit Familienangehörigen oder Nachbarn Informationen, die beim Interview nicht zum Vorschein gekommen waren. Einige der Befragten lernte die Untersucherin später durch ihre Mitarbeit in einem Kriseninterventionsdienst dieses Stadtteils sehr viel besser kennen. Erst dadurch erfuhr sie von vielen praktischen, aber auch persönlichen Problemen, die das während des Interviews gewonnene Bild erst richtig deutlich machten. So war oft die Einschätzung mancher Items trotz mehrmaliger Besuche schwierig: bei manchen Störungen, die auf dem ersten Blick als psychosomatisch erschienen, war es nicht klar, ob nicht doch eine somatische Ursache dahinterstand. Ebenso war es bei vielen Beschwerden nicht eindeutig, ob es sich um subjektive Symptome oder eine durch den Arzt gestellte Diagnose oder um beides handelte.

Trotzdem zeigte diese Studie an einer unselegierten Stichprobe von ausländischen Arbeitnehmerfamilien ähnliche Ergebnisse wie andere Untersuchungen; diese seien nochmal im nächsten Kapitel zusammengefaßt.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß es sich hier um eine Gruppe von Arbeinehmern handelt, die nicht für das ganze Spektrum der Gastarbeiter in Deutschland repräsentativ ist. Folgende günstige Lebensbedingungen unterscheiden sie von der Mehrheit der ausländischen Arbeitnehmer:

1) Sie leben mit ihrer Familie oder zumindest mit einem Teil der Familie zusammen,
2) in einem relativ "intakten" Stadtteil mit teilweise erhaltenem Dorfcharakter, wo soziale Beziehungen zu der Nachbarschaft eher möglich sind und
3) sich relativ viele Einrichtungen für Ausländer befinden.
4) Durch die italienische Staatsangehörigkeit genießen sie gewisse Rechte, die ihren Aufenthalt und der ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik sichert, müssen also nicht, wie die Angehörigen eines nicht EG-Landes mit der Angst vor der Abschiebung leben.
5) Schließlich ist der kulturelle Hintergrund der Italiener gegenüber dem deutschen nicht so sehr verschieden, sodaß sie einerseits etwas weniger diskriminiert werden, andererseits es auch leichter haben, sich in Deutschland einzuleben.

IV. Z U S A M M E N F A S S U N G

Ziel der Arbeit war es, durch die Beschreibung der psychischen und sozialen Situation ausländischer Arbeitnehmer zum Verständnis für ihre Problematik und für die Hintergründe ihrer Erkrankungen beizutragen. Sie sollte auch als Vorstudie für umfassendere Untersuchungen dienen.

Dazu wurden 61 italienische Arbeiter/innen interviewt, die seit länger als einem Jahr im gleichen Stadtteil Münchens mit ihren Familien wohnten.

Für die Erfassung ihrer psychischen Situation wurde das Sozialpsychiatrische Interview (SPI) von GOLDBERG et al. verwendet; weitere soziale und medizinische Daten wurden anhand eines halbstandardisierten Fragebogens erhoben.

Bei der Auswertung wurde auch versucht, Beziehungen zwischen psychischer Befindlichkeit und sozialer Situation herzustellen.

Zur Veranschaulichung wurden einige bei den Hausbesuchen gesammelte Eindrücke wiedergegeben und 6 Fallgeschichten ausführlich beschrieben.

Trotz der methodischen Probleme, der geringen Zahl an Interviews sowie der Verwendung von halbstandardisierten Fragebögen, lassen sich einige Ergebnisse zusammenfassen, die Zusammenhänge zwischen Symptomen und Lebensumständen von Gastarbeitern erkennen lassen. Diese entsprechen weitgehend denen anderer Studien zum Problem der Emigration: Von den 61 Befragten wurden 7 auf Grund der erreichten Punktzahl im SPI als psychisch auffällig bezeichnet. Weitere 2 Personen wurden als behandlungsbedürftig erachtet.

Diese neun Personen unterschieden sich von der Gesamtgruppe durch niedrige Schulbildung, schlechte Deutschkenntnisse, und - mit Ausnahme von familiären Kontakten - eine fast vollständige soziale Isolation. Die Bedeutung guter Deutschkenntnisse für das Wohlbefinden der ausländischen Arbeitnehmer machte sich auch an einzelnen Symptomen bemerkbar: Depression, Nervosität, Zwangsymptome kamen bei Personen mit schlechten Deutschkenntnissen gehäuft vor.
Bemerkenswert war auch die Beziehung zwischen Aufenthaltsdauer und psychischem Befinden: bei langer Aufenthaltsdauer stieg die Mehrheit der subj. Symptome, besonders die, die für ein Erschöpfungs- oder Depressionssyndrom sprechen könnten, während Ängstlichkeit und Phobien eher in den ersten Jahren auftraten.
Der Summenscore, das numerische Maß für die Gesamtheit psychiatrischer Symptome im SPI, lag bei Frauen im Durchschnitt sehr viel höher als bei Männer. Es wurde versucht, auf die Gründe für das insgesamt schlechtere Befinden der Frauen einzugehen.
Am häufigsten kam das Item "Reizbarkeit" vor. Sehr häufig wurden auch psychosomatische - und Zwangssymptome genannt.

V. L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

AKPINAR, Ü. (1977): Angleichungsprobleme türkischer Arbeiterfamilien, AGG BONN

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (1980): TIP, Themen, Impulse, Projekte

BALLESTRIERI, A. (1975): aus Corriere d'Italia, 13.6.75

BERNER et al. (1969): Psychopathologie des transplantés. Aspects modernes de la psychiatrie 135 - 154

BINGEMER, MEISTERMANN-SEEGER (1972): Leben als Gastarbeiter. Geglückte oder mißglückte Integration. OPLADEN

BÖKER, K. (1971): Entwicklung und Ursachen des Krankenstandes der westdeutschen Arbeiter. Das Argument 69

BÖKER, W. (1977): Psychiatrie der Gastarbeiter. Öffentliches Gesundheitswesen 39

BRAUN, R. (1970): Soziokulturelle Probleme der Eingliederung italienischer Arbeitskräfte in der Schweiz. ZÜRICH

Bundesanstalt für Arbeit: Ausländische Arbeitnehmer. Jahresberichte 1967, 1969, 1970, 1974

COOPER (1981): Allgemeine Leitlinien zur Benutzung des Interviewbogens.

Deutsches Jugendinstitut (1978): Bestandsaufnahme der Ausländerarbeit in München. DJI Materialien

DILLING, H. und WEYERER, S. et al. (1980): Behandelte und nicht behandelte psychiatrische Morbidität in der Bevölkerung. MÜNCHEN

DJUNDJA, S. (1979): Pathogenität der Gastarbeitersituation, Dissertation, SALZBURG

EITINGER, L. (1959): The incidence of mental disease among refugees in Norway. British J. of mental science 105; 326 - 338

Friedrich-Ebert-Stiftung (1980): Forschungsbericht Nr. 50

FUNKE, H. (1976): Betriebliche Leistungspolitik und Gesundheitsverschleiß, in: Kasiske (Hrsg.): Gesundheit am Arbeitsplatz. REINBEK

GOLDBERG, COOPER et al. (1070):
A standardized psychiatric Interview for use in community surveys.
Brit. J. prev. soc. Med. 24, 18 - 23

HEDEMANN F.J. et al. (1981):
Ausländerarbeit in Haidhausen. Hrsg. Arbeitskreis für Ausländerfragen e.V. MÜNCHEN

HOFER (1976): Ätiologische Faktoren psychischer Erkrankungen bei italienischen Gastarbeitern in der Schweiz. Dissertation, SALZBURG

HOFFMANN NOWOTNY (1973): Soziologie des Fremdarbeiterproblems. STUTTGART

JACO, GARTLY (1954): The social Isolation Hypothesis and Schizophrenia, in: ASR 19

KRAEPELING (1921): Über Entwurzelung. Zeitschr. J. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie

KROEGER, PFLEIDERER, DIESFELD et al. (1981):
Krankheitsverhalten und Heilerwahl bei deutschen und türkischen Arbeitnehmern in der BRD. Forschungsauftrag bei der Stiftung VW-Werk

LAFFRANCHINI, SP. (1965): Psychiatrische und psychotherapeutische Probleme der italienischen Arbeiter in der Schweiz, in: Praxis, Schweizerische Rundschau für Medizin 54, 26

MACIEJ, F. (1980): Stadtteilorientierte Gemeinwesensarbeit in Haidhausen mit sanierungsbetroffenen ausländischen Arbeitnehmer und ihren Familien. Abschlussarbeit, Stiftungsfachhochschule für Sozialwesen, MÜNCHEN

MALZBERG, B. und LEE, E.S. (1956): Migration and mental disease. Social science research council. NEW YORK

Manual for the General Research Units Standardized Psychiatric Interview (2nd Edition, Institute of Psychiatry, LONDON 1970)

MASCHERPA, G. (1974): Emigrazione, evolzione sociale e patologia psicosomatica (studio presso dei lavoratori in Svizzera. Schweizer Archiv für Neurologie, Band 114, 147-168

MEZEY, A.G. (1960): Personal background, emigration and mental disorder in Hungarian refugees, in: J. MENT. Sc. 106, 618-627

MOORE, H. und KLEINING, G. (1960):
Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 12, 86-119

MURPHY, H.B.M. (1961): Social Change and Mental Health, in: Causes of Mental Disorder: A review of epidemiological knowledge 1959. Milbank Mem. Fd.

MURPHY H.B.M. (1965): Migration and the major mental disorders: a reappraisal, in: Mobility and Mental Health. SPRINGFIELD/III

ØDEGAARD, Ø. (1932): Emigration and Insanity. Levin u. Munksgaard. KOPENHAGEN

ØDEGAARD, Ø. (1972): Epidemiology of the Psychosis, in: Psychiatrie der Gegenwart, 2. Aufl. Bd. II/1. Springer

ÖZEK, M. (1971-1973): Verhaltensmodifikation bei anatolischen Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland

PFISTER-AMMENDE, M. (1961): Psychologie und Psychiatrie der Internierung und des Flüchtlingsdaseins, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III. Springer

PFLANZ, M. (1960): Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen. Fortschr. Neurolog. Psychiat. 28, 471

PFLANZ, M.; WARENKNOPF, O.; COSTAS, P. (1967): Blutdruck und funktionelle Beschwerden bei Gastarbeitern, ein transkultureller Vergleich. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene 5, 181-185

POECK (1962): Hypochondrische Entwurzelungsdepressionen bei italienischen Arbeitern in Deutschland. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28, 141-143

RIEDESSER, P. (1975): Beiträge zur Sozialmedizin. Hippokrates Verlag STUTTGART

RISSO, M. und BÖKER, W. (1964): Verhexungswahn. Ein Beitrag zum Verständnis von Wahnerkrankungen süditalienischer Arbeiter in der Schweiz. BASEL, NEW YORK, Karger

RISSO, M. und FRIGESSI-CASTELNUOVO, D. (1982):
A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale. EINAUDI

SCHULDT, M. (1979): Pathogene Faktoren industrieller Arbeit. Analyse typischer Frauenarbeitsplätze unter Berücksichtigung der besonderen Belastungssituation der ausländischen Arbeiterinnen. Diplomarbeit. HAMBURG

Statistisches Amt der Landeshauptstadt München, Monatsbericht, Heft 6, Juni 1981

STRAUBE, H. (1974): Untersuchungen zur psychiatrischen Morbidität von Gastarbeitern. Disseratation. MÜNCHEN

TERZIAN, H. (1974): Corriere d'Italia, 30.5.74

VILLA, J.L. (1960): Les troubles digestifs functionels chez l'emigré italien en Suisse Romande. Rev. Med. Psychos. 2.100

WEINBERG, A.A. (1975): Mental Health Aspects of voluntary Migration, in: Mental Hygiene 39, 450-464

ZINTL-WIEGAND, SCHMIDT-MAUSHART, LEISNER, COOPER:
Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. Eine klinische und epidemiologische Untersuchung, in: HÄFNER, H.: Monographien aus dem Gesamgebiet der Psychiatrie, Psychiatrische Epidemiologie, 111-135

ZOLLNER, D. (1966): Die wirtschaftliche Bedeutung der Ausländerbeschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland aus der Sicht des Arbeitsmarktes, in: Beihefte zur Konjunkturpolitik 13, 35-48

ZWINGMANN, Chr. (1961): Ein psychologisches Problem ausländischer Arbeitskräfte - Die Heimwehreaktion, in: Hess. Institut für Betriebswirtschaft (Hrsg.) Ausländische Arbeitskräfte in Deutschland, DÜSSELDORF

ANHANG

TABELLE NR. 1

Ergebnisse des Sozialpsychiatrischen Interviews (SPI)

Items	Bewertung 0		1		2		3		4	
Subjektive Symptome	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Körperl. Symptome	23	37,7	17	27,87	12	19,67	5	8,20	4	6,56
Hypochondrie	46	75,41	8	13,11	6	9,84	1	1,64	–	–
Müdigkeit	39	63,93	11	18,03	6	9,84	5	8,20	–	–
Schlafstörungen	32	52,46	17	27,87	5	8,20	6	9,84	1	1,64
Verw. v. Hypnotika	58	95,08	2	3,28	1	1,64	–	–	–	–
Reizbarkeit	18	29,51	12	19,67	24	39,34	5	8,20	2	3,28
Konzentrationsverlust	46	75,41	5	8,20	6	9,84	3	4,92	1	1,64
Depression	39	63,93	13	21,31	6	9,84	3	4,92	–	–
Depressive Gedanken	58	95,08	3	4,92	–	–	–	–	–	–
Angst	30	49,18	13	21,31	12	19,67	5	8,20	1	1,64
Phobien	44	72,13	8	13,11	7	11,48	2	3,28	–	–
Zwangssymptome	26	42,62	19	31,15	11	18,03	4	6,56	1	1,64
Depersonalisation	57	93,44	3	4,92	1	1,64	–	–	–	–
[Nervosität]	22	36,7	12	19,67	15	24,59	9	14,75	3	4,92
Objektive Symptome										
spontanitätsarm	46	75,41	13	21,31	2	3,28	–	–	–	–
mißtrauisch, gereizt	59	96,27	–	–	2	3,28	–	–	–	–
theatralisch, demonstrativ	57	93,44	4	6,56	–	–	–	–	–	–
deprimiert	48	78,69	8	13,11	4	6,56	1	1,64	–	–
ängstlich, gespannt	54	88,52	5	8,20	2	3,28	–	–	–	–
gehoben, beschleunigt	58	95,08	3	4,92	–	–	–	–	–	–
affektiv verflacht	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Denkstörungen	60	98,36	–	–	–	–	1	1,64	–	–
Halluzinationen	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–
intelektuelles Defizit	60	98,36	1	1,64	–	–	–	–	–	–
[Offenheit]	6	9,84	10	16,39	12	19,67	19	31,55	14	22,95
[Gastfreundschaft]	3	4,92	4	6,56	12	19,67	17	27,87	25	40,98

n = Absoluter Wert

% = prozentualer Wert (61n = 100%)

Gesamtscore (Summe der subj. + 2 x Summe der obj. Symptome)

Bewertung	
0	n = 6 ≙ 9,83%
1 - 5	n = 15 ≙ 24,6%
6 - 15	n = 28 ≙ 45,90%
16 - 20	n = 5 ≙ 8,2%
> 20 (21-35)	n = 7 ≙ 11,47%

TABELLE NR. 2

Vergleich der SPI-Ergebnisse der Studie von DILLING u. WEYERER (1980) und der vorliegenden Studie

Items	Studie von DILLING und WEYERER		vorliegende Studie	
	Grad 1	Grad ≥ 2	Grad 1	Grad ≥ 2
Subjektive Symptome	%	%	%	%
Körperl. Symptome	18,3	15,1	27,87	34,8
Hypochondrie	5,6	2,8	13,11	11,5
Müdigkeit	20,0	10,7	18,0	18,0
Schlafstärungen	15,0	13,5	27,87	19,68
Verw. v. Hypnotika	0,6	0,6	3,28	1,64
Reizbarkeit	24,8	12,3	19,67	50,82
Konzentrationsverlust	18,1	7,1	8,20	16,40
Depression	17,2	10,6	21,31	14,76
Depressive Gedanken	14,5	7,7	4,92	0
Angst	16,4	9,8	21,31	28,51
Phobien	16,8	4,9	13,11	14,76
Zwangssymptome	18,7	3,9	31,15	25,23
Depersonalisation	1,1	0,3	4,92	1,64
Objektive Symptome				
spontanitätsarm	15,4	3,7	21,31	3,28
mißtrauisch, gereizt	23,5	8,1	0	3,28
theatralisch, demonstrativ	9,6	1,5	6,56	0
deprimiert	16,0	8,2	13,11	8,20
ängstlich, gespannt	24,0	7,9	8,20	3,28
gehoben, beschleunigt	4,7	1,2	4,9	0
affektiv verflacht	1,6	1,1	0	0
Denkstörungen	0,3	0,3	0	1,64
Halluzinationen	0	0,1	0	0
intelektuelles Defizit	6,8	3,7	1,64	0

TABELLE NR. 3

Ausprägung der psychischen Symptome in Relation zur Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik

Items	1-2 J. 12n	3-5 J. 11n	6-10 J. 17n	11-18 J 21n	Aufenthaltsdauer in Jahren Anzahl der Personen
Psychos. Symptome	0,83	1,25	0,58	1,6	Mittelwert der
Hypochondrie	0,25	0	0,11	0,76	Ausprägung
Müdigkeit	0,42	0,9	0,47	0,62	
Schlafstörungen	0,66	0,63	0,4	1,14	
Reizbarkeit	1,6	2,18	0,76	1,47	
Konzentrationsverlust	0,66	0,54	0,41	0,33	
Depression	0,25	0,54	0,52	0,7	
Angst	1,25	1,00	0,64	0,9	
Phobien	0,5	0,72	0,29	0,38	
Zwang	1	0,81	0,94	1	
Summe der subj. Sympt.	7,6	8,4	5,0	10	
Summe der obj. Sympt.	2,2	2,2	1,2	2,3	
Gesamtsummenscore	9,8	10,6	6,2	12,3	

Die Befragten wurden je nach Aufenthaltsdauer in 4 Gruppen geteilt.
In jeder Gruppe wurde pro Item die Summe der Punktzahl in der Bewertungsskala 0-4 gebildet und durch die Anzahl der Personen geteilt.

(1) Geschlecht

1. männlich
2. weiblich

(2) Alter

16–25	1
26–35	2
36–45	3
46–55	4
56–65	5
über 66	6

(3) Woher stammen Sie?

0 nicht aus Italien, sondern
1 Norditalien
2 Lazio
3 Campania
4 Basilicata
5 Puglia
6 Calabria
7 Sicilia
8 Sardegna

(4) Stammen Sie aus:

1 Großstadt
2 Kleinstadt
3 Vom Land

(5) Seit wann sind Sie in der Bundesrepublik?

Jahre

(6) Welchen Beruf üben Sie hier aus?

1 arbeitslos
2 Hilfsarbeiter, Gelegenheitsarbeiter
3 Industriearbeiter
4 gelernter Handwerker
5 Angestellter
6 Rentner
7 Lehrling

(7) Haben Sie früher in der BRD einen anderen Beruf ausgeübt?

Zahl der Arbeitswechsel in der BRD

Beruf

(8) Welchen Beruf haben Sie gelernt?

Genaue Bezeichnung:

0 Keine Berufsausbildung
1 Nicht abgeschl. Lehre
2 Abgeschl. Lehre
3 Abgeschlossene Fachschule

Berufsausbildung:

(9) Welche Schule besuchten Sie?

0 Keine
1 bis 3 Jahre Volksschule
2 bis 5 Jahre Volksschule
3 bis 8 = abgeschl. Mittelschule
4 mehr als 8 Schuljahre

Schulbildung:

(10) Sind Sie vom Heimatort gleich nach München umgezogen?

0 Ja
1 Erst nach Norditalien ausgewandert
2 Erst in anderen deutschen Städten gearbeitet

(11) Warum sind Sie nach Deutschland ausgewandert?

1 In Italien arbeitslos
2 In Italien gearbeitet, zu wenig verdient
3 Weil Verwandte oder Bekannte in der Bundesrepublik waren
4 Sonstige Gründe

Grund der Auswanderung

Warum sind Sie nicht nach Norditalien gegangen?

(12) Haben Sie vor der Abreise aus Italien schon einen Arbeitsvertrag in der Bundesrepublik gehabt?

1 Ja
0 Nein

Arbeitsvertrag

(13) Haben Verwandte oder Bekannte bei Wohnungs- oder Arbeitssuche geholfen?

1 Ja
0 Nein

(14) Sind Sie allein oder mit der Familie gekommen?

1 Mit Familie
2 Alleine, Familie später nachgekommen (1 Jahr)
3 Ein Teil der Kleinfamilie ist noch in Italien (z.B. Kinder bei Verwandten)
4 Familie erst in der Bundesrepublik gegründet

Gemeinsame Auswanderung

(15) Haben Sie vor, nach Italien zurückzukehren?

1 Ich will erst als Rentner zurück
2 Ja, sobald ich genug gespart habe
3 Sonstiges

Zukunftspläne bezüglich Rückkehr

(16) Legen Sie monatlich Geld zurück, Ersparnisse für später?

0 Nein
1 Ja

Ersparnisse

(18) Wie sind Ihre Deutschkenntnisse?

0 Keine
1 schlecht
2 mittel
3 fließend

Deutschkenntnisse

(19) Und Ihre Kinder, welche Sprache bevorzugen sie?

1 Reden untereinander deutsch, haben italienisch fast verlernt
2 Reden untereinander deutsch, mit den Eltern aber italienisch
3 Reden untereinander italienisch

Sprache der Kinder

(20) Welche Schule besuchen (haben besucht) Ihre Kinder?

1 Italienische Schule
2 deutsche Volksschule + italienischen Unterricht
3 nur deutsche Volksschule
4 Realschule

Schulbildung der in der BRD lebenden Kinder

(21) Haben Ihre Kinder psychische Probleme?

0 Keine Probleme
1 Probleme vorhanden, aber keine psych. Beratung erwünscht
2 Psych. Beratung gewünscht
3 Psych. Beratung stattgefunden

Psychische Probleme der in der BRD lebenden Kinder

(17) Fahren Sie oft nach Hause, zu Ihrem Heimatort?

0 Sehr selten, keine Bindung mehr an Italien
1 Einmal im Jahr, im Urlaub
2 Mehrmals im Jahre

Beziehung zu Italien

(22) Darf ich Sie fragen, wie hoch das Nettoeinkommen Ihrer Familie ist?

1 600 - 900 DM
2 900 - 1200 DM
3 1200 - 1500 DM
4 1500 - 2000 DM
5 - 2000 DM

Nettoeinkommen der Familie

(23) Wie oft waren Sie beim Arzt im letzten 1/2 Jahr?

Zahl der Arztbesuche

(24) Haben Sie einen Hausarzt?

0 Kein Arzt
1 Ja, er/sie spricht italienisch
2 Ja, obwohl er/sie kein italienisch spricht
3 Nein, ich gehe jeweils zu irgendeinem Arzt
4 Ich gehe nicht zu niedergelassenen Ärzten sondern in die Klinikambulanz

Ärztliche Behandlung

(25) Was haben Sie für Krankheiten?

Aufzählung:

(26) Mußten Sie im letzten 1/2 Jahr im Krankenhaus liegen?

0 Nein
1 Einmal, bis zu 10 Tagen
2 Mehrmals oder länger als 10 Tage

Krankenhausaufenthalte

(27) Wie oft haben Sie sich krankschreiben lassen im letzten 1/2 Jahr?

0 Nie
1 Einmal bis zu 1 Woche
2 Mehrmals bis zu 1 Woche
3 Mehrmals oder je länger als 1 Woche

Krankheitsdauer

(28) Rauchen Sie?

0 Nein
1 Ab und zu
2 Regelmäßig bis zu 10 Zigaretten/Tag
3 Über 10 Zigaretten/Tag

Rauchen

(29) Wie steht es mit dem Trinken?

0 Kein Problem
1 Problematisch

Alkohol

(30) <u>Kennen Sie viele Leute hier in München?</u>

Wie oft treffen Sie sich mit ihnen in der Freizeit?

Unregelm.	Regelm.	Tägl.	1 mal wöchentl.	1 mal monatl.
1	2	3	4	5

I.
1 Verwandte
2 Bekannte aus dem Heimatort
3 Andere Italiener
4 Andere Ausländer
5 Deutsche

II.
1 Nachbarn bzw. Einwohner von Haidhausen
2 Arbeitskollegen
3 Durch Bekannte aus dem Heimatort kennengelernt
4 Mitglieder der gleichen Organisation, Club
bzw. Besuch von gleichen Veranstaltungen, Kneipen etc.
5 Kirche

LEBENSLAUF

Am 20.5.54 wurde ich, Marina Bascone, als viertes Kind des italienischen Kulturrats Arnaldo Bascone und dessen Frau Giannina, geb. Sacchetto in Zürich geboren.

1959–64	Italienische Grundschule in Madrid
1964–65	1. Gymnasiumsjahr am Liceo Italiano di Madrid
1965–73	Neusprachlicher Zweig des Nicolaus Cusanus Gymnasiums in Bonn-Bad Godesberg
1973	Abitur und Beginn des Medizinstudiums an der Ludwig Maximilian Universität in München
1975	Physikum
1976	Famulatur in San Cristobal de las Casas (Mexico)
1977	1. Staatsexamen und Famulatur in Höhenried (Starnberger See)
1979	2. Staatsexamen, Beginn des Internatsjahres mit Psychiatrie als Wahlfach
1980	3. Staatsexamen, Approbation
1980–83	Beginn der Facharztausbildung in Pädiatrie an der Universitätskinderklinik in Florenz

1982 habe ich geheiratet und im April 83 wurde unser Sohn Giulio geboren.